

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUE

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

2013. 3. 27

2013. 3. 27. 11:00

2013. 3. 27. 11:00

2013. 3. 27. 11:00

2013. 3. 27. 11:00



2013. 3. 27. 11:00

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

D^r J. BAILLARGER

Médecin honoraire de la Sapétrière, membre de l'Académie de Médecine

RÉDACTEUR EN CHEF

D^r ANT. RITTI

Médecin de la Maison nationale de Charenton.



HUITIÈME SÉRIE — TOME DIX-SEPTIÈME

SOIXANTE ET UNIÈME ANNÉE

90132

PARIS

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

—
1903

ANNALES

110130-973303010000

110130-973303010000

110130-973303010000



110130-973303010000

110130-973303010000

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LEGALE DES ALIÉNÉS

Chronique



Les aliénés en liberté.

La question des aliénés en liberté et des dangers qu'ils peuvent faire courir à la tranquillité publique et à la sécurité des personnes, n'a pas cessé d'être à l'ordre du jour, depuis l'époque déjà lointaine où elle fut soulevée dans les *Annales médico-psychologiques* par nos éminents maîtres, Baillarger et Lunier.

C'était dans les dernières années du second Empire. Une opposition, souvent mieux inspirée, menait une campagne des plus acharnées contre les médecins aliénistes et les établissements qu'ils dirigeaient. Pas de semaine où l'on ne pût lire dans une des gazettes alors en vue quelque violente diatribe contre la loi du 30 juin 1838, qui, facilitant les séquestrations arbitraires, transformait en nouvelles bastilles les maisons destinées au traitement des aliénés. Il faut avouer que, dans la plupart des cas, le journaliste, qui se battait les flancs pour se hausser à une indignation factice, n'avait qu'une connaissance bien vague de cette loi qu'il attaquait, des

formalités minutieuses qu'elle prescrit pour le placement des malades dans les établissements spéciaux, du contrôle qu'elle assure. Tant il est vrai qu'il est plus facile de se laisser entraîner par la « folle du logis » que de se renseigner et de raisonner.

En présence de ce déchaînement de la haine et de la calomnie, les médecins aliénistes n'avaient d'autre recours que de faire appel au bon sens et à la réalité. Quoi de plus réel, par suite de plus certain, que l'aliénation mentale, dans la majorité des cas, rend ceux qui sont atteints de cette redoutable maladie, dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres? En conséquence, si ces malheureux doivent être préservés contre eux-mêmes, il y a lieu aussi de protéger la société contre leurs nombreux écarts, qui vont depuis les simples manquements à la bienséance jusqu'aux crimes les plus atroces.

Dans quelle mesure les aliénés sont-ils dangereux? — Est-il possible, dans l'état actuel de la science, et étant donné un aliéné quelconque, de diagnostiquer s'il est dangereux ou inoffensif? — Quelles sont les formes d'aliénation mentale dans lesquelles s'observent surtout les actes délictueux et criminels? — De quelle manière la société doit-elle se protéger contre les aliénés dangereux et criminels? — Toutes ces questions dont la difficulté échappe nécessairement aux journalistes, préoccupent à juste titre le médecin aliéniste. Elles furent, à l'occasion de cette campagne de presse, mises à l'ordre du jour de la Société médico-psychologique, où elles provoquèrent une discussion des plus approfondies, qui n'occupa pas moins de neuf séances consécutives, de juillet 1868 à juillet 1869.

On ne relit pas sans intérêt et profit ces longs débats où furent présentés tous les arguments, pour ou contre, sur la question; on y a peu ajouté depuis. Pour s'en

assurer, il suffit de consulter le remarquable rapport écrit sur le sujet par notre éminent et tant regretté maître et ami, M. Jules Falret, et qui servit comme d'entrée en matière à la discussion (1). En cette communication d'une trentaine de pages, se trouvent admirablement résumés tous les problèmes — cliniques, administratifs, médico-légaux, législatifs — que soulève ce problème si controversé des aliénés dangereux.

C'est à cette même époque, et comme pour corroborer la discussion en cours à la Société médico-psychologique, que Baillarger et Lunier, qui dirigeaient alors les *Annales médico-psychologiques*, prirent l'excellente habitude d'insérer dans ce recueil les faits divers publiés dans les journaux politiques, concernant les actes délictueux ou criminels commis par les aliénés en liberté. Comme il est facile de s'en assurer, la récolte fut abondante dès le principe, et, malheureusement, les faits ne cessèrent pas d'affluer depuis, et de plus et en plus : on vit ainsi s'accumuler les incendies, les meurtres, les viols, dont la plupart auraient pu être évités si la loi sur les aliénés, critiquée avec tant de passion, avait été plus strictement appliquée.

Imitant l'exemple de ses deux collègues, Delasiauve soutint, lui aussi, le bon combat en son savant et courageux *Journal de médecine mentale*. Il collectionna avec soin les « actes funestes commis par les fous », et les accompagna souvent de commentaires qui n'ont rien perdu de leur intérêt.

La raison a d'ordinaire peu de prise sur la passion. Aussi ne s'étonnera-t-on pas que les arguments du bon sens et de l'expérience n'aient eu aucune efficacité sur les sentiments des journalistes. Ils n'en continuèrent

(1) J. Falret. *Les aliénés et les asiles d'aliénés*. Paris, 1890, pp. 218 et suiv.

pas moins leur campagne, avec la même insouciance des intérêts des malades et de la sécurité publique. Pour l'interrompre, il ne fallut rien moins que les douloureux événements de l'année terrible.

Depuis, elle fut reprise de loin en loin, mais avec moins de consistance. L'opinion publique, un peu plus éclairée sur les faits et gestes des aliénés en liberté, qui sont relatés quotidiennement dans les journaux, semble s'impressionner un peu moins au récit des prétendues séquestrations arbitraires que publient ces mêmes journaux. Et d'ailleurs, les pouvoirs publics n'ont-ils pas donné satisfaction aux mécontents en mettant à l'ordre du jour des débats parlementaires la revision de la loi du 30 juin 1838?

Dans ces derniers temps de nouvelles idées se sont fait jour sur le traitement et l'assistance des aliénés : on a parlé avec une emphase un peu pnérile des « libertés nécessaires » à octroyer à ces malades ; on a demandé l'extension de plus en plus généralisée de l'*Open-door*. Certains partisans de ces belles théories nous ont tracé de l'asile d'aliénés de l'avenir des tableaux vraiment idylliques, auprès desquels la fameuse Salente serait peu de chose. Mais il est probable que, dans la pratique, de telles imaginations donneraient des résultats contraires à ceux qu'on espérait.

Quoi qu'il en soit, comme nous l'avons déjà dit, ce que ce pompeux programme, où l'enthousiasme juvénile tient plus de place que l'expérience et la raison, contient de vraiment réalisable, beaucoup d'entre les médecins aliénistes l'ont appliqué depuis longtemps, et c'est à eux, bien avant nos néo-réformateurs, qu'est due la transformation de nombre de nos établissements spéciaux en asiles ouverts dans la mesure du possible.

Nous disons, dans la mesure du possible ; car, enfin, les théories les plus belles du monde ne changeront rien

aux faits, et les faits sont là qui prouvent que les aliénés sont, plus souvent qu'on ne le croit, des êtres dangereux, et que la liberté ne saurait leur être octroyée qu'à bon escient. De ces faits et de l'expérience qu'ils donnent, on ne saurait pas ne pas tenir compte, quelque partisan qu'on soit des principes libéraux en médecine mentale.

Pour répondre aux attaques inconsidérées de la presse contre les médecins aliénistes d'une part, et, d'autre part, aux théories des partisans trop absolus de l'*Open-door*, nous avons cru devoir continuer l'œuvre de Bailarger et de Lunier, mais en lui donnant une forme en quelque sorte systématique. Nous avons fait appel à nos collègues, dont un grand nombre ont bien voulu nous communiquer les faits divers, concernant les aliénés en liberté, qu'ils trouvaient dans leurs journaux, et, chaque année, nous avons fait la statistique des cas ainsi recueillis. Certes ces statistiques annuelles, chacune prise à part, sont intéressantes à plus d'un titre; mais réunies, ainsi que nous le faisons, dans le tableau suivant, pour les cinq dernières années (1898 à 1902), elles augmentent encore en intérêt et nous obligent à de douloureuses constatations.

	1898	1899	1900	1901	1902	Total
Tentatives d'homicide, agressions violentes, menaces de mort . . .	23	16	14	32	31	116
Suicides et tentatives de suicide	10	22	16	20	19	87
Homicides	16	10	12	17	14	69
Homicides et suicides . .	12	14	9	14	10	59
Excentricités et actes délictueux	15	13	8	18	9	63
Incendies	2	8	6	4	7	27
Total	78	83	65	105	90	421

Ainsi, dans l'espace de cinq ans, nous avons recueilli

421 cas d'aliénés qui, étant en liberté, ont commis des actes délictueux ou criminels plus ou moins graves.

Sur ces 421 cas, nous avons constaté 116, ou 27.55 p. 100, faits de tentatives d'homicide, d'agressions violentes ou de menaces de mort; 87, ou 20.66 p. 100, de suicides ou de tentatives de suicide; 69, ou 16.39 p. 100, d'homicides; 59, ou 14 p. 100, d'homicides et de suicides; 63, ou 15 p. 100, d'excentricités ou d'actes délictueux; enfin, 27, ou 6.41 p. 100, faits d'incendie.

Si l'on réunit les cas d'homicide (69) et les cas d'homicide suivi de suicide (59), on obtient un total de 128, ou 30.40 p. 100, c'est-à-dire très près du tiers. Si, à ce chiffre si élevé, nous ajoutons le nombre des tentatives d'homicide, d'agressions violentes, de menaces de mort, etc., on constatera avec quelle fréquence l'aliéné, livré à lui-même, s'attaque aux personnes, frappant le plus souvent à tort et à travers; car ses victimes ne sont pas toujours des membres de sa famille, mais des passants inoffensifs qu'un hasard met sur son chemin.

Nous n'insisterons pas sur les excentricités ou les actes délictueux, au nombre de 63, ni sur les 27 incendies: il ne s'agit dans ce dernier cas que de pertes matérielles, graves souvent, mais en somme réparables. Mais ce qui paraît plus important, c'est d'établir le compte des victimes humaines faites par ces 421 aliénés en liberté. Voici le tableau le plus exact que possible que nous en avons pu établir.

	1898	1899	1900	1901	1902	Total
Blessés grièvement. . .	28	20	25	43	34	150
Morts.	28	22	38	29	32	149
Suicidés.	20	31	18	23	19	111
Total.	76	73	81	95	85	410

Ainsi, en cinq années, 421 aliénés en liberté ont fait 410 victimes. Notre statistique donne 150 personnes

qui ont été blessées plus ou moins grièvement ; parmi celles qui ont été ainsi frappées, il en est un certain nombre qui ont succombé à leurs blessures ou qui sont restées estropiées pour le restant de leur vie. Puis on relève 149 personnes tuées ; enfin, 111 aliénés se sont suicidés, dont près de la moitié après avoir tué soit leur femme ou leur mari, soit leurs enfants.

Ces derniers faits concernent surtout des mélancoliques, qui, comme l'avait observé si justement Esquirol, « timent les personnes qui leur sont le plus chères pour les préserver des peines de la vie, des dangers de la damnation.... » De pareils exemples, plus fréquents qu'on ne le croit, doivent rendre circonspect en ce qui concerne le traitement à domicile ou la mise en liberté de certains lypémaniaques.

Mais il y a plus : tous les ans, on signale de véritables hécatombes faites par certains de ces aliénés homicides. Il n'est pas rare d'en voir qui font 3, 4 ou même 5 victimes ; certains vont même plus loin : comme le prouvent nos faits recueillis, un aliéné a tué 7 personnes, un autre 9, enfin un troisième a fait 12 victimes dont 7 tués et 5 blessés.

La grande majorité de ces crimes et de ces délits ont été commis, comme on peut s'en assurer en lisant attentivement les récits qui en sont faits, par des aliénés dont la plupart étaient malades depuis longtemps et qu'on aurait dû séquestrer ; ou encore par des aliénés qui avaient déjà été traités dans les asiles ou en étaient sortis prématurément.

Notre statistique, quelque éloquente qu'elle soit déjà, est cependant loin de répondre à la réalité. Le nombre des méfaits commis par les aliénés en liberté, de même que celui de leurs victimes, est beaucoup plus grand qu'on ne se l'imagine. Mais, en restant dans la limite de nos chiffres, on ne peut qu'être douloureusement sur-

pris que des malades dangereux, qui, pour une cause ou pour une autre, sont laissés livrés à eux-mêmes, sans surveillance, sans soins, puissent ainsi tous les ans tuer ou blesser grièvement un certain nombre de leurs compatriotes, sans qu'on se demande s'il existe un remède à de telles hécatombes. A moins d'admettre qu'il y a là comme une sorte de fatalité, que le Minotaure de la folie exige annuellement tant et tant de victimes, nous devons bien reconnaître qu'il y a quelque chose à faire pour diminuer le nombre de celles-ci.

« Savoir pour prévoir afin de pourvoir », a dit avec raison le grand philosophe français, Auguste Comte. Or, que nous apprennent les faits? Ainsi que nous l'avons dit plus haut, la très grande majorité des aliénés en liberté peuvent se classer en deux catégories : 1° Ceux qui présentaient depuis un temps plus ou moins long des troubles mentaux et n'étaient ni surveillés, ni soignés ; 2° ceux qui avaient été séquestrés dans les asiles, mais qu'on avait prématurément mis en liberté.

En ce qui concerne les premiers, il importerait beaucoup de ne pas attendre, pour les isoler, qu'ils aient commis quelque crime ou délit, comme on n'est que trop porté à le faire. Que de difficultés soulevées par les familles, et même par les autorités, lorsqu'il s'agit du placement d'un malade dans un établissement d'aliénés ! Mais si les hésitations des familles peuvent encore se comprendre jusqu'à un certain point, celles des autorités, qui sont responsables de la tranquillité publique et de la sécurité des personnes, ne sauraient en rien se justifier.

Pour vaincre les incertitudes des familles sur le parti à prendre lorsqu'un des leurs commence à présenter des symptômes de folie, ce n'est certes pas trop exiger que de demander l'intervention active des médecins. A eux, en effet, incombe le devoir strict d'éclairer l'entou-

rage d'un aliéné sur les dangers qu'il peut présenter soit pour lui-même, soit pour les autres ; sur la nécessité absolue, dans l'intérêt même de sa guérison, de l'éloigner le plus tôt possible du milieu où s'est développée sa maladie et de le soumettre à un traitement approprié à la nature de l'affection dont il est atteint.

Quant aux autorités, elles n'opposeront plus de difficultés au placement des aliénés dans les établissements spéciaux si elles se sentent soutenues par l'opinion publique. Mais il ne faudrait pas pour cela, sous prétexte de reviser la loi du 30 juin 1838, la compliquer outre mesure : augmenter, par exemple, d'une façon déraisonnable, les formalités à accomplir pour faire admettre un malade dans un asile, ce serait aller à l'encontre du principe de cette loi qui est et doit rester une loi d'assistance. Comme l'a si justement écrit le regretté D^r Baume, de Quimper : « Qu'on entrave les admissions, qu'on les diminue de moitié, le problème ne sera pas résolu ; on ne supprimera pas la folie, mais on pourra diminuer le nombre des guérisons, multiplier les catastrophes et amener le découragement de serviteurs honorables et dévoués (1). »

Fait curieux et bon à faire remarquer en passant, c'est au moment même où, par suite du progrès de nos connaissances, nos asiles se transforment peu à peu en hôpitaux ouverts, que les différents projets de revision de la loi de 1838 s'appliquent à l'envi à rendre les formalités d'admission de plus en plus compliquées. N'y a-t-il pas là, chez nos législateurs, comme un reste de cette ancienne suspicion vis-à-vis des médecins aliénistes — suspicion évidemment injustifiable, mais par cela même plus difficile à déraciner ?

(1) Cité par le professeur Ambroise Tardieu dans l'introduction de son *Etude médico-légale sur la folie*. 1 vol. in-8°, Paris, 1872. p. XI.

Si, sur les nombreux crimes et délits commis par les aliénés en liberté, il en est un grand nombre qui doivent être attribués à des malades au début de leur affection et qu'on n'a pas eu la sage précaution de séquestrer à temps, un contingent non moins fort nous est fourni par les aliénés sortis prématurément des asiles où ils étaient en traitement, soit que cette sortie ait été provoquée par le médecin ou la famille, soit que le malade se soit évadé.

Ce point spécial de la question sur laquelle nous appelons l'attention de nos lecteurs a été étudié récemment dans une thèse soutenue à la Faculté de médecine de Bordeaux. L'auteur de ce travail inaugural, M. le D^r Stéphane Pallut (1), a réuni une assez riche collection de faits, les uns empruntés aux journaux politiques, les autres, en plus grand nombre, dus à l'obligeance de nos collègues des asiles.

Les 68 observations ainsi recueillies par notre jeune confrère lui ont permis d'établir une statistique des plus intéressantes. Ces 68 malades prématurément mis en liberté ont commis les actes délictueux et criminels les plus divers, indiqués dans le tableau suivant :

Vols	2
Tentatives de suicide	10
Suicides	8
Tentatives de meurtre	21
Meurtres	13
Violences	18
Attentats à la pudeur	2
Incendies	3
Accusations calomnieuses	1
Total	78

Ainsi, pour 68 aliénés, il y eut 78 attentats ; c'est que, comme le fait observer avec raison notre auteur,

(1) Stéphane Pallut. *De la sortie prématurée des aliénés*. Thèse

le même aliéné commet souvent plusieurs crimes ou délits.

Quant aux victimes, M. Pallut n'a pu en donner la liste complète et exacte, Voici toutefois les chiffres qu'il a relevés :

Victimes adultes.	52
— enfants.	13
Total.	65

Soit 65 victimes, dont un grand nombre tuées et les autres grièvement blessées.

Les statistiques de M. Pallut sont d'autant plus éloquentes et démonstratives qu'elles n'ont pas été édifiées à l'aide des seuls faits divers empruntés aux journaux, mais surtout avec des observations cliniques prises dans les asiles d'aliénés. Elles méritent donc d'être prises en sérieuse considération. En nous faisant constater un mal certain, elles nous obligent à en chercher le remède.

Ce remède n'est pas difficile à trouver. Pour diminuer les crimes et délits commis par les aliénés sortis prématurément des asiles, il suffira aux médecins de ces établissements d'être très circonspects lorsqu'il s'agira de mettre en liberté des malades, dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres, dont la guérison ne sera pas bien établie. Qu'ils se défient surtout des dissimulateurs, dont l'extraordinaire habileté déjoue parfois la perspicacité des observateurs les plus sagaces.

Il nous faut aussi savoir résister aux instances des familles qui, souvent, pour obtenir la sortie de leurs

de Bordeaux, 1901.—C'est un travail estimable à bien des égards, en particulier pour la richesse des documents qu'on y trouve réunis, et aussi pour l'excellent esprit dans lequel il est conçu et exécuté. Mais pourquoi l'auteur, assez riche de son propre fonds, s'approprie-t-il le bien d'autrui? Il est pourtant si facile de guillemeter les passages qu'on copie et d'en indiquer la source.

malades, ont recours aux moyens les plus inattendus. Ils n'épargnent ni prières, ni ruses, ni menaces même, pour arriver à leurs fins ; parfois aussi ils font jouer les influences les plus diverses, politiques ou autres. Le médecin saura résister énergiquement s'il s'agit de malheureux malades, dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres ; et dans les cas d'obsessions trop grandes de la part des familles, il pourra, dégageant ainsi sa responsabilité, les envoyer « se pourvoir devant le tribunal », d'après les prescriptions de l'art. 29 de la loi du 30 juin 1838.

Un autre remède, qui aurait certes son efficacité et contribuerait à diminuer de nombreuses unités les chiffres annuels des crimes et délits commis par les aliénés en liberté, serait la création des asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels. C'est là une question mûre, plus que mûre : elle a été discutée à maintes reprises à la Société médico-psychologique, dans les Congrès de médecine mentale, et, en dernier lieu, au Conseil supérieur de l'Assistance publique (1). Ce n'est donc pas se montrer trop exigeant que de demander la réalisation prochaine, en France, d'une réforme, étudiée si à fond et depuis longtemps mise en pratique en maints pays où elle donne d'excellents résultats.

Il nous faut conclure. Les chiffres prouvent une incessante augmentation des crimes et délits commis par les aliénés vivant en liberté. Et encore nos statistiques sont bien incomplètes et ne font pas connaître toute la profondeur du mal. Ce mal a ses causes qu'il nous appartient de rechercher, en même temps que les

(1) Cf. le remarquable rapport de notre savant confrère, M. le Dr Albert Regnard, au Conseil supérieur de l'Assistance publique ; la question y est étudiée à fond, tant au point de vue scientifique qu'au point de vue légal et administratif. (V. *Annales médico-psychologiques*, numéro de juillet-août 1901, p. 63.)

remèdes à lui opposer. Nous avons essayé d'établir quelques-unes de ces causes et d'indiquer certains remèdes. En donnant ainsi l'alarme, nous croyons remplir un devoir social (1). Nous sommes même convaincu que quelles que soient les opinions professées par nos collègues sur les divers modes d'assistance et de traitement des malheureux confiés à nos soins, ils seront unanimes sur l'urgente nécessité de modifier une situation qui fait tant de victimes parmi les gens inoffensifs et sains d'esprit.

ANT. RITTI.

(1) Les médecins aliénistes allemands se sont, à leur tour, émus de cette situation. Dans leur réunion annuelle, tenue à Munich, les 14 et 15 avril 1902, M. le professeur Hoche, de Strasbourg, a présenté un rapport, à tous égards excellent, sur la question des aliénés en liberté et des méfaits qu'ils peuvent commettre. Il conclut à la nécessité de nommer une commission spéciale chargée de recueillir sur tout le territoire de l'Empire allemand les faits délictueux et criminels commis par ces malades et d'en établir une statistique raisonnée qui serait imprimée tous les ans et envoyée aux pouvoirs publics, ainsi qu'aux principaux organes de la presse. Ces conclusions furent votées après une courte discussion à laquelle prirent part : MM. Jolly, de Berlin ; Pelman, de Bonn ; Siemens, de Lauenbourg, etc. (V. *Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift*, 1902, nos 5 et 6).

M. le professeur Hoche a cru devoir passer sous un silence discret — trop discret, pourrait-on dire — les efforts persévérants des *Annales médico-psychologiques* pour attirer l'attention sur cette question si importante des aliénés en liberté ; il ne pouvait ignorer les statistiques publiées régulièrement depuis cinq ans dans ce recueil, et dont plusieurs ont été reproduites dans la *Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift*. Cet oubli — volontaire ou involontaire — ne nous empêchera pas de féliciter notre savant confrère de son heureuse initiative et de lui souhaiter le plus vif et le plus légitime succès.

Pathologie.

ÉTUDE CLINIQUE

SUR LES

TROUBLES DE LA CONSCIENCE

DANS L'ÉTAT POSTÉPILEPTIQUE (1)

Par M. le professeur A. PICK (de Prague),

Membre correspondant
de la Société médico-psychologique.

Lorsque, il y a de cela presque vingt ans, j'ai tenté, avec une seule observation à l'appui de ma thèse, d'exposer les troubles psychiques qui surviennent au cours de l'obscurcissement postépileptique de la conscience, j'espérais que d'autres cliniciens entreprendraient des recherches dans ce sens. Cet espoir ne s'est réalisé que fort incomplètement; il suffit pour s'en convaincre de jeter un regard sur la littérature spéciale. Cela ne tient pas, je le crois du moins, à ce que ma tentative aurait heurté les idées des spécialistes; je n'en veux pour preuve que le récent travail de Moeli (*Zeitschrift für Psychiatrie*, vol. 57), dans lequel les résultats de mes recherches sont favorablement jugés. Si les travaux sur ce sujet sont rares, cela tient à d'autres causes, que j'ai déjà signalées lors de ma publication. En effet, les états

(1) Traduit de l'allemand, par le Dr Adam, de Bourg (Ain).

qu'il s'agit d'étudier, ou bien évoluent avec une rapidité telle qu'il est impossible de les bien observer, ou bien dans les cas où ils se prolongent, sont compliqués de phénomènes d'excitation qui en rendent l'étude et l'analyse illusoire. Si je fais abstraction de quelques publications faites depuis celle de ma première observation, ce n'est que par hasard et dans ces dernières années, qu'il m'a été donné de recueillir une nouvelle observation dans les conditions de tranquillité nécessaires. La publication de cette observation me paraît d'autant plus justifiée, qu'elle me donnera l'occasion de toucher à quelques autres questions (persévération et pseudo-apraxie), qui en augmenteront la valeur ; mais son principal mérite sera néanmoins, à mon avis, d'élucider, comme celle que j'ai publiée jadis, quelques points obscurs de la question des troubles de conscience postépileptiques. Le beau travail de Moeli que j'ai mentionné plus haut, en faisant ressortir combien sont nombreux encore ces points obscurs, m'a décidé à exhumer cette observation qui date déjà d'un certain temps.

Je veux m'excuser tout d'abord de la présenter par fragments entrecoupés d'explications ; mais il m'a semblé préférable de faire, après chaque étape, les commentaires appropriés, que de renvoyer aux différentes parties de l'observation dans une discussion d'ensemble placée à la fin du travail. Si, d'autre part, je donne l'observation au complet, sans faire grâce de certains épisodes qui peuvent paraître sans intérêt, c'est en raison de l'importance qu'elle a à mes yeux : je la considère en effet comme un document clinique de premier ordre et dont la signification reste entière, quelle que soit d'ailleurs l'opinion qu'on puisse avoir sur la valeur de mes commentaires.

Les faits rapportés ici ont été observés chez un épileptique

âgé de vingt ans, reçu à la clinique le 5 décembre 1899. Des renseignements fournis, il faut retenir ceci : pas de donnée sur l'hérédité; le malade a eu des convulsions dans son enfance, il apprenait mal et était très irascible. Les attaques d'épilepsie survenues il y a trois ans et demi, d'abord pendant le jour et plus tard aussi de nuit, sont attribuées à une frayeur. Depuis plusieurs mois elles sont plus fréquentes; et durant la dernière semaine, il s'en produisit une toutes les quinze minutes. Dans l'intervalle des attaques, le malade était très surexcité, menaçait son entourage, et dans les derniers jours ne reprenait plus connaissance entre les attaques, ou du moins cette connaissance restait très rudimentaire. Abus alcooliques habituels.

On signale aussi de petites attaques, pendant lesquelles le malade prononcerait toujours les mêmes mots, comme par exemple « kuf, kuf ».

Au moment de l'admission, le malade est calme; il réagit à peine quand on l'interpelle, répond par un bégaiement inintelligible quand on lui demande son nom, et par un signe de tête quand on le prononce devant lui. Les bras et les jambes soulevés retombent aussitôt, flasques; le malade ne réagit qu'après plusieurs piqûres d'aiguille, le plus souvent avec le membre piqué, une fois cependant avec le pied gauche après piqûre du pied droit. D'une manière générale, il donne l'impression d'une motilité amoindrie pour les membres du côté droit.

Les pupilles sont normalement et également dilatées, et réagissent promptement à la lumière; on observe une légère parésie de la branche buccale du nerf facial gauche; le phénomène du genou est très vif et plus accentué à droite; absence du phénomène du pied et des réflexes des parois abdominales des deux côtés; température 37°9, pouls 94; fond de l'œil normal. A 10 heures du soir, on ne constate aucune différence dans la réaction motrice des différents membres; le malade répond correctement quand on lui demande son nom, mais il laisse toutes les autres questions sans réponse. Durant toute la nuit, il ne cesse de crier cette même phrase : « Où est le docteur ? »; veut quitter son lit, et doit y être maintenu de force à diverses reprises.

Le 6 décembre au matin, stupeur; par moments, déviation conjuguée de la tête et des yeux à droite; pas de parésie faciale; dilatation pupillaire au-dessus de la moyenne, même en face d'un fort éclairage; la réaction des pupilles à la lumière persiste.

Le bras gauche, semble-t-il, retombe plus flasque que le droit ; la respiration est plus accentuée sur la moitié droite du thorax, et rappelle d'une façon générale le type de Cheyne-Stoke ; phénomènes du genou très vifs, clonus du pied gauche ; pouls dicrote, dermatographie.

Le soir, le malade paraît plus dégagé, regarde autour de lui, et au moment où on lui applique une compresse froide sur la tête, il dit : « Le joueur d'orgue de Barbarie va venir ». A la demande : « Que va-t-il faire ? », le malade répond : « Diverses choses. » Les autres questions restent sans réponse. Le bras gauche est flasque, le droit a de la tendance à la contracture ; l'angle gauche de la bouche est plus abaissé que le droit, la tête et les yeux sont tournés à gauche ; le phénomène du genou très vif, est plus accentué à gauche ; clonus bilatéral des pieds, plus accentué à gauche également.

Le 7 décembre, le malade paraît presque gai, il dit son nom ; à une autre question il répond : « Tout de suite », mais on ne peut avoir d'autres réponses. Le malade devient somnolent, le pouls est arythmique ; le bras gauche semble toujours plus faible, le phénomène du genou est plus vif à gauche qu'à droite, le clonus du pied est comme la veille.

Le lendemain 8 décembre au matin, alors que le malade a un aspect plus dégagé, sans que cependant son état somatique ait changé, on commence l'examen dont il va être rendu compte.

On n'a pas encore constaté d'attaques chez le malade depuis son admission ; en raison de son état d'abattement et de l'arythmie du cœur, on lui administre un thé chaud avec cognac, ce qui semble le réconforter ; et la conversation suivante a lieu :

D. Me connaissez-vous ?

R. Oui (*fait un signe de tête*).

D. Comment vous appelez-vous ?

R. Censky.

D. Votre prénom ?

R. Antoine.

D. Comment allez-vous ?

R. Bien.

D. Quel âge avez-vous ?

R. Dix-neuf ans.

D. Quelle est votre profession ?

R. Serrurier.

D. Savez-vous où vous êtes ?

R. Pas de réponse.

D. Vous êtes à l'hôpital, « littéralement à la maison des malades ».

R. Après réflexion : « un peu seulement ».

On voit ici que dans les réponses aux premières questions posées au malade encore sous l'impression de ses attaques d'épilepsie, il n'a été constaté aucun trouble ; tandis que nous en constatons un dans la dernière réponse. Pour le moment, il est vrai, nous ne pouvons que présumer le mode d'origine de ce trouble ; mais l'examen ultérieur montrera le bien fondé de cette présomption. Les questions posées au malade et surtout la dernière, semble-t-il, ont dû évoquer chez celui-ci l'ensemble des représentations en rapport avec l'idée « d'être malade » ; et la réponse « un peu seulement » (c'est-à-dire un peu malade), s'applique à cet ensemble de représentations. Il s'agit vraisemblablement d'un phénomène analogue à ceux qui ont été récemment signalés à plusieurs reprises sous le nom de « parler à côté » (*Vorbeireden*), dans les états crépusculaires de l'hystérie ; phénomènes dans lesquels, ainsi que le dit Moeli (*Neurologisches Centralblatt*, 1901, p. 374), ce n'est pas une représentation propre, isolée, qui arrive à la conscience : c'est au contraire tout le cycle général des représentations en rapport avec la question posée qui entre en fonction. J'ai hâte de dire ici, qu'il y a lieu d'attacher de l'importance surtout à ce que j'appellerai le « penser à côté » (*Vorbeidenken*) ; car nous aurons dans la suite fréquemment l'occasion de constater que c'est là un phénomène qui, non seulement intervient dans la production du « parler à côté », mais est encore la cause de manifestations variées. L'apparition de ce symptôme prouve que, contrairement aux apparences, la conscience de notre malade n'était pas libre ; l'examen ultérieur nous en donnera une nouvelle preuve, en nous mettant en présence d'une nouvelle manifesta-

tion dont l'apparition dans ces conditions est d'observation courante.

D. Savez-vous quand vous êtes arrivé?

R. Non.

D. Que vous est-il arrivé?

R. Je ne sais pas.

D. Souffrez-vous de quelque maladie?

R. Serrurier.

D. De quelque maladie?

R. Je vous dis bien que je suis serrurier.

D. Je demande si vous êtes malade.

R. Serrurier.

Les réponses n'ont lieu qu'après que le malade a regardé quelques instants devant lui.

C'est le phénomène de la « persévération » qui se présente à nous ici, avec des particularités qui méritent de retenir l'attention.

Quel que soit en effet le phénomène que nous envisageons, sur le terrain de la psychopathologie générale, il nous semble d'abord que son origine soit simple; dans la suite, cette origine se révèle comme étant le résultat d'éléments multiples et variés; son apparente simplicité n'était que le résultat de l'insuffisance d'observation et d'analyse. C'est une constatation que je viens de faire une fois de plus, en étudiant le phénomène très heureusement qualifié par Neisser de « réaction de persévération » ou simplement « persévération ». Ce phénomène n'a été que depuis peu de temps, et de la part de quelques auteurs seulement, l'objet d'une analyse plus approfondie; aussi me semble-t-il juste de conserver l'expression de « réaction de persévération » pour désigner le phénomène d'une manière générale. Le terme de persévération, serait employé pour désigner le cas spécial de l'intoxication (1) par le mot ou par l'idée.

(1) Note du traducteur : Faute de mieux, j'emploie à l'exemple

Si nous revenons au dernier épisode de notre observation, nous comprenons facilement qu'une seconde série d'associations surgit à côté de celle qui est mise en mouvement par les questions posées, et que c'est ce « penser à côté » qui constitue le fondement de la « réaction de persévération ». Si l'on considère sans idée préconçue ce qui s'est passé, on y voit une analogie frappante avec les états de distraction. Les réponses sont d'abord justes, mais bientôt le malade s'écarte de l'ordre d'idées dans lequel l'aiguille la conversation; il est permis d'admettre, qu'en raison de cette faiblesse d'association, la représentation de « serrurier », qui depuis le précédent examen était restée au-dessous du seuil de la conscience, mais à la disposition de celle-ci, franchit ce seuil. Dès lors, absorbé complètement par cette représentation nouvelle, et semblable à une personne distraite qui ne recueille plus les questions qu'on lui pose, le malade répond au moyen de cette représentation et la reproduit avec irritation, comme cela arrive dans des cas de distraction ordinaire. Il est donc visible que la persévération apparente ne consiste pas en une intoxication par une représentation isolée, mais qu'elle est le résultat d'un phénomène d'association à côté, « de penser à côté », causé par la faiblesse des associations mises en jeu par l'examen du malade.

Von Sölder (*Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie*, vol. XVIII, p. 490 et suiv.) a déjà donné à entendre que la persévération est causée non seulement par l'apparition avec intoxication (*Festhaften*) de représentations isolées, mais aussi par l'apparition avec intoxication de représentations compliquées, et que c'est par là que le

de différents auteurs le mot « intoxication » pour traduire les mots allemands : *Festhaften-Haftenbleiben-Ankleben*, qui signifient tous : rester prisonnier, rester accroché, rester collé.

phénomène de la persévération prend la signification d'un trouble psychique général. Néanmoins, de l'exposé qu'il fait, il apparaît qu'il n'envisage que des représentations isolées, encore qu'elles soient le résultat de la mise en jeu d'éléments sensoriels divers. Au contraire, l'épisode qui est ici en discussion nous prouve (et cette preuve sera confirmée par la suite de l'observation) qu'ici, de même que dans d'autres circonstances que nous rapporterons, la réaction de persévération a pour cause l'intoxication par un fragment d'une série de représentations qui a surgi ou spontanément ou sous l'influence d'une impression sensorielle. Par là, le phénomène acquiert un caractère bien plus étendu que ne l'a indiqué von Sölder et qui permet de le rattacher à des phénomènes analogues qu'on observe dans d'autres états psychopathiques. Cette objection à l'opinion de von Sölder me paraît d'autant plus justifiée, que des exemples concluants nous feront voir dans la suite que le cours des représentations n'est pas arrêté (comme l'indique von Sölder en se basant sur son observation, *Loc. cit.*, p. 492) quand des séries de représentations évoluent parallèlement ou se croisent entre elles ; mais qu'il continue son chemin et peut même par suite d'une réaction affective prendre une allure plus vive.

D. Où travaillez-vous ?

R. Pour le moment nulle part.

D. Combien gagnez-vous par semaine ?

R. 19 florins (l'indication est fausse, mais il a dix-neuf ans).

D. Par semaine ?

R. Oui.

D. Et combien par mois ?

R. 19.

D. 19 couronnes ?

R. Non des gulden.

D. D'où êtes-vous ?

R. De Smickow.

D. Quelle rue?

R. Rue Zizka, n° 26 (réel).

Le malade est maintenant invité à désigner des objets; le plus souvent il les tient quelque temps dans sa main, les tourne, les retourne et répond quand la question a été répétée plusieurs fois.

Présentation d'une montre :

Après une longue pause il répond : « 19 gulden ».

D. Quel est cet objet ?

R. 19 gulden.

D. Regardez-bien, que fait-on avec cela?

R. 19 gulden.

Présentation d'une clef :

Le malade se tourne dans tous les sens et dit : « 19 gulden ».

Ici nous voyons de nouveau le malade rester attaché (*Ankleben*) à un mot prononcé longtemps avant, au commencement de l'examen. Le temps écoulé ne peut être fixé exactement, mais on peut s'en faire une idée en tenant compte de la lenteur des réponses du malade. Quant à la genèse de ce phénomène, on est obligé d'admettre que le chiffre 19, en tant qu'il est le seul qui soit arrivé d'une manière active à la conscience au cours de l'examen, et qu'il emprunte une importance prépondérante parce qu'il exprime l'âge du sujet, rentre en scène par suite des représentations des chiffres en général qui sont éveillées par les questions posées; qu'il est en conséquence formulé avec la plus grande facilité et franchit aussitôt le seuil de la conscience. Il est moins facile d'expliquer pourquoi, dans la suite, le nombre « 19 » continue à être utilisé par voie de persévération, alors que dans l'intervalle un autre nombre (le numéro du domicile) a été utilisé correctement. Von Sölder prétend que la persévération a son origine dans la prépondérance active de la représentation persévérante : or, partant de ce point de vue que von Sölder admet avec moi; à savoir, que la réaction de persévération est un phénomène d'épuisement, et me réfère-

rant à ce qui a été dit plus haut du phénomène du « penser à côté », j'arrive à une opinion opposée à celle de von Sölder, et j'estime que la persévération d'une représentation déterminée naît par voie de prépondérance passive. En un mot, j'attribue l'augmentation de l'intensité de la représentation persévérante à la diminution de l'intensité des autres représentations par suite de l'épuisement : cette représentation isolée se trouve de ce fait relativement renforcée et peut le rester pendant un certain temps. Cette opinion ne saurait être entamée par le fait que le malade s'est servi correctement, dans l'intervalle, du nombre 26. Il s'agit là visiblement d'une réponse presque automatique, dont le contenu, comparé au nombre « 19 », est d'une importance bien moindre et partant n'entre pas en conflit avec lui. Cette explication paraît encore plus plausible, quand on considère qu'à partir du moment où cette réponse a été faite, l'intensité des processus de la conscience va toujours en diminuant. Tandis que, auparavant, le malade ne répond pas seulement d'une manière automatique, mais encore utilise correctement au point de vue psychique les représentations verbales (v. la réponse à la question : couronnes?), on voit dans la suite la représentation verbale « 19 Fl. » rester la seule manifestation active du langage. On pourrait objecter, il est vrai, le défaut de correction de la part du malade ; mais il faudrait expliquer dans ce cas comment la correction s'établit ; car il y entre un ensemble de processus qui sont loin d'être simples, et qu'il faut expliquer par l'interprétation des faits observés ; et j'estime précisément que la meilleure explication est celle qui déconle de ma thèse : de la prépondérance passive que prennent les idées persévérantes, en raison de l'effacement des autres représentations.

Ce que je viens de dire de l'entrée en activité de

séries entières de représentations, explique mieux que la théorie de von Sölder la coexistence de deux faits que nous constatons ici, et qui se produira encore dans la suite.

Le premier consiste en ce que la série des représentations qui a envahi la conscience d'une manière anormale, n'exerce pas une action passagère seulement, mais domine la marche des idées pendant un temps assez long. Le second consiste en ce que, en dépit des représentations nouvelles qui sont intercalées, nous voyons la représentation qui est devenue prépondérante reprendre toujours le premier rang ; ce qui se comprend facilement, quand on considère que ce n'est pas une représentation isolée, mais toute une série de représentations, qui entre en ligne de compte. L'observation soumise à la critique est encore significative en raison du long laps de temps écoulé entre le moment où le malade a dit son âge et celui où le nombre en question a donné lieu au phénomène de persévération.

Présentation d'un miroir :

R. Miroir.

Présentation d'un porte-monnaie :

R. Porte-monnaie.

Présentation d'une prune :

(Silence).

Présentation d'une boîte d'allumettes :

R. Allumettes.

Présentation d'une pipe :

Pause de $\frac{3}{4}$ de minute.

D. Que fait-on avec ceci ?

R. Allumettes.

D. Qu'est-ce que ceci ?

R. Allumettes.

Présentation d'un tire-bouchon :

Le malade indique l'usage qu'on en fait et dit : « Tournevis ».

Présentation de ciseaux :

Il les ouvre, fait des mouvements pour couper, et, après que la question a été posée plusieurs fois, il dit : « Des allumettes ».

Ici encore, on pourra, pour la série des réponses obtenues, invoquer ce que j'ai appelé la prépondérance passive « des allumettes », vu que celles-ci, ainsi qu'on le verra par la suite, jouent dans les pensées du malade un rôle important. L'identification relativement exacte (tourne-vis) qui a pu être faite dans l'intervalle, ne prouve rien contre la prépondérance de la représentation signalée.

D. (Présentation d'une pipe). Qu'est-ce que ceci ?

1 m. 1/2 de pause.

D. Comment s'en sert-on ?

R. Le malade met la pipe à la bouche, fait des mouvements pour fumer et dit : « Tourne-vis ».

Présentation d'une pince :

Il s'en sert convenablement et dit : « Tourne-vis ».

Nous observons ici un fait que j'ai désigné autrefois sous le nom de pseudoapraxie (*Arch. für Psych.* XXIII. 3), et à ce sujet je m'empresse de rectifier une erreur relative à cette dénomination. Un certain nombre d'auteurs, dont il faut excepter, entre autres, Liepmann (voir *Krankheitsbild der Apraxie*, 1900, p. 16), semblent en effet croire que j'ai voulu désigner sous le nom de Pseudoapraxie, le phénomène de la persévération lui-même. Or il n'en est rien. Je déclare formellement en deux endroits (page 1 et 17 du tirage à part) que le fait de l'intoxication par l'idée ou par le mot (*Festhaften*), provoque des manifestations qu'il convient d'appeler pseudoapraxie, pour les distinguer de l'apraxie.

Le symptôme désigné plus tard par Neisser sous le nom de persévération, était alors appelé par moi « *Festhaften* » (intoxication des auteurs français, littéralement, emprisonnement), et le terme de pseudoapraxie ne devait servir qu'à distinguer de l'apraxie vraie avec

laquelle ils ont extérieurement des points de ressemblance, des manifestations cliniques dont la genèse est différente.

Si l'on voit ici, comme dans bien des cas, cette pseudoapraxie être la conséquence de la réaction de persévération, il faut remarquer cependant que cela n'est pas toujours le cas; la pseudoapraxie peut au contraire, ainsi qu'on l'a vu pour la persévération, surgir comme l'expression de séries de représentations occupant le premier plan de la conscience.

L'examen continue à 10 h. 1/2.

D. Me connaissez-vous? Vous ai-je déjà parlé aujourd'hui?

R. Oui.

Présentation d'une montre, d'une bague, d'un porte-monnaie, d'une boîte d'allumettes, d'une clef, d'un mètre... Tous ces objets sont dénommés correctement.

Présentation d'une porte-plume:

R. C'est une bague.

D. Combien gagnez-vous par semaine?

R. 7 florins, 20 kreuzer (exact).

D. (Présentation d'une pipe et d'allumettes:) A quoi cela sert-il?

R. A fumer (usage convenable).

Présentation de ciseaux:

R. Allumettes.

D. Que fait-on avec ceci?

R. On coupe.

D. On coupe avec des allumettes?

R. Fait mine de couper et dit: « Oui ».

D. Qu'est-ce que cela décidément?

R. Des allumettes.

Présentation d'un cigare: s'en sert bien. Répond: « Cigare: »

Présentation d'un couteau: s'en sert bien. Répond: « On coupe »; mais il emploie le mot tchèque qui ne sert qu'à désigner l'action de couper avec des ciseaux.

Présentation d'un livre de prière:

Il tourne les pages et dit: « Cigare ».

D. Que fait-on avec le cigare?

R. On prie.

Présentation de lunettes avec prière réitérée de les nommer :
Il les pose sur son nez et dit : « Allumettes ».

Dans la série des réponses depuis « ciseaux » jusqu'à « couteau » inclusivement, le mécanisme des troubles qui s'y déroulent apparaît très nettement. On voit d'abord comment dans les séries de représentations éveillées par la présentation de la boîte d'allumettes et de la pipe, les allumettes figurent avec un caractère particulièrement vivace et sont utilisées dans la suite tout à fait à contretemps, par voie de persévération ; d'autre part la série des représentations éveillées par l'idée de couper (avec les ciseaux) évolue parallèlement. Les deux séries de représentations donnent lieu à des représentations motrices et en partie verbales ; mais celles-ci ne se succèdent pas dans un enchaînement qui tombe sous les sens ; elles surgissent en partie mécaniquement sous l'influence d'une question qui n'a peut-être pas été enregistrée, en partie par pure coïncidence ; et c'est ainsi que naît la pseudoapraxie. Ceci s'applique également aux manifestations produites par la présentation du livre de prières et des lunettes.

Nous observons ici un fait qui prouve d'une façon certaine, que la réaction de persévération est due à l'intoxication par un ordre d'idées évoluant pour son compte et non à l'intoxication par un mot : en effet, le malade désigne d'abord les allumettes et ensuite d'autres objets (par persévération) par le mot tchèque « sirky », ensuite il désigne un de ces objets par le mot « zapalka » qui en tchèque désigne également les allumettes ; et à partir de ce moment il n'emploie plus que ce synonyme. On peut conclure de ce fait que l'intoxication a lieu par la *représentation objective* et non par le mot.

Présentation d'une montre, d'une cuiller, d'un porte-monnaie : ces objets sont désignés exactement. Des lunettes sont présentées au malade, il essaie de les mettre sur son nez, et, invité plusieurs fois à dénommer l'objet, il garde le silence.

D. Ceci est-il une montre?

R. Oui.

Présentation d'une fourchette :

Allumettes.

D. A quoi cela sert-il?

R. A couper.

D. Coupe-t-on avec des allumettes?

Silence.

Présentation d'un couteau :

Répond d'abord « cigare » puis « couteau ».

Présentation d'une brosse : « A quoi cela sert-il »?

Fait mine de brosser et dit : « On coupe ».

Présentation d'une bougie :

R. On coupe.

R. Comment? — On donne une boîte d'allumettes :

Il prend une allumette et allume la bougie.

D. Que fait-on avec cela ?

R. On coupe (il éteint la bougie).

D. Que venez-vous de faire?

R. J'ai coupé.

D. Qu'avez-vous dans la main ? (allumettes).

R. Des allumettes.

D. A quoi cela sert-il?

R. A couper.

Alors que d'une manière générale la partie de l'examen qui vient d'être exposée ne présente rien de particulier, les dernières réponses révèlent un fait à mon avis significatif. Je veux parler des expressions « on coupe — j'ai coupé — couper ».

S'il restait encore à prouver que la réaction de persévération ne doit pas être comparée à une image qui persiste, cette preuve se trouverait ici péremptoire. Il est visible en effet, que la représentation de « couper » reste, chez notre malade, prépondérante, et n'est pas influencée par les corrections que dans des conditions ordinaires aurait dû provoquer la présentation d'objets

variés ; or, cette représentation ne prend pas le caractère d'une intoxication en quelque sorte mécanique, elle se transforme au contraire en des impulsions verbales (on coupe, j'ai coupé, couper), qui, en réponse aux questions posées, sont grammaticalement correctes.

Le professeur présente une brosse, fait mine de broser et dit : « Que fait-on avec ceci » ?

R. On coupe.

Présentation d'un crayon :

Le malade répond : « Allumettes » ; il fait le geste d'écrire et dit : « On coupe ».

Dans ce dernier épisode, la production de la pseudo-apraxie par combinaison mécanique de trois réseaux de représentations distinctes devient absolument évidente.

Présentation d'une cravate :

R. Cravate.

D. Où la met-on ?

Il la met et dit : « Autour du cou ».

Le malade assemble correctement les trois pièces d'une pipe : fourneau, tuyau et pompe. La pompe et le tuyau sont désignés exactement, le fourneau est appelé « cigare ».

Présentation d'une fourchette :

R. Pointe.

D. Que fait-on avec ceci ?

R. On mange.

D. Est-ce une pointe ?

R. Oui.

D. Est-ce un couteau ?

R. C'est une pointe, une *vi-vi-vidlice* (terme tchèque incorrect, mais s'approchant du terme propre pour désigner la fourchette).

La signification des réponses relatives à la fourchette, ne peut être établie d'une manière certaine ; peut-être pourrait-on admettre que la désignation de « pointe » constitue un trouble amnésique qui a été corrigé dans la suite, au point de permettre la dénomination

exacte de la fourchette. Des phénomènes de ce genre s'observent, en effet, souvent dans les états postépileptiques et seront à noter plus tard chez notre malade comme des troubles amnésiques du langage.

Examen à 3 heures du soir.

D. Qui suis-je? Me connaissez-vous?

Pas de réponse.

Présentation d'un porte-monnaie :

Dénomination exacte.

Présentation d'une boîte d'allumettes :

Dénomination exacte.

Présentation d'une pipe : « Que fait-on avec ceci? »

Le malade met la pipe à la bouche, fait le geste de fumer et dit : « On fume ».

D. Est-ce que c'est un couteau?

R. C'est pour fumer (répète cela plusieurs fois).

Des ciseaux sont présentés, on en demande l'usage :

Il s'en sert correctement.

D. Un cigare : Qu'est-ce que ceci?

Il le met à la bouche, fume et dit : « Cigarette. »

Présentation d'un miroir :

Il se mire et dit plusieurs fois : « On fume ».

Présentation d'un tire-bouchon :

Il s'en sert normalement et dit : « On fume ».

Présentation d'un livre d'heures : « Qu'en fait-on? »

R. On prie.

Présentation d'une cigarette : « Qu'est ceci? »

R. Cigarette.

Présentation d'un moulin à café :

Il dit : « Cuiller », fait mine de puiser et répète : « Cuiller. »

Présentation d'un verre à boire :

Il fait le geste d'avaler le contenu.

Présentation d'une cravate :

Il la met autour du cou.

D. Qu'est ceci?

R. Une cuiller (la change constamment de place).

Présentation d'une rose :

La tourne et la retourne.

Présentation d'une clef :

La tourne et dit : « Cuiller ».

Présentation d'une fourchette :

Répond : « Cuiller. »

Dans ce dernier épisode, il est intéressant de constater comment, à la vue du moulin à café (vraisemblablement par l'idée du café), surgit la représentation de « cuiller » qui n'avait pas été évoquée antérieurement, et comment à cette représentation correspond le geste de puiser. Nous voyons ensuite, pendant que dans la sphère du langage naît le phénomène de la persévération, le geste de puiser, né de la représentation persévérante, cesser sous l'influence d'une impression visuelle, et être remplacé par le geste de boire que provoque la vue d'un verre, tandis que la persévération verbale « cuiller » persiste. Ceci prouve qu'une des causes de la pseudo-apraxie réside dans la séparation, ou pour le moins dans le défaut de cohésion des divers territoires fonctionnels qui concourent à la formation d'un complexe de représentations. La suite confirmera encore cette opinion.

9 décembre 1899. — Le malade est bien plus hébété que d'habitude.

D. Comment allez-vous ?

R. Bien.

D. Me connaissez-vous ?

R. Vous êtes le docteur. (Pauses prolongées entre les demandes et les réponses).

Présentation d'un porte-monnaie :

Est dénommé exactement.

Présentation de cire à cacheter :

R. C'est un crayon.

Présentation d'une cigarette :

Après une pause : « Cigarette ».

D. Que fait-on avec ceci ?

R. On fume.

D. Comment ?

Met la cigarette à la bouche et fume.

Présentation d'une pipe :

Après une pause : « On le met dans cela ».

Présentation d'une clef :

R. Cigarette.

D. Que fait-on avec cela ?

R. On fume. Il regarde d'abord la poignée de la clef et trouvant sans doute qu'elle ne se prête pas à fumer, il retourne la clef, met l'autre bout à la bouche, la retourne encore et met la poignée dans la bouche.

Nous voyons par là qu'il ne s'agit pas de simple persévération, dans le vieux sens du mot, nous constatons au contraire que l'intensité d'une réflexion paraissant, en partie du moins consciente, est impuissante à corriger la représentation de l'acte de fumer, représentation qui a été évoquée dans la conscience par la vue d'une cigarette, et qui provoque de la part du malade les mouvements correspondants. Ceci s'applique aussi à l'épisode suivant ; quant à la réponse inintelligible « on le met dans cela », réponse qui se répètera plus loin, on peut la considérer comme un phénomène d'aphasie amnésique.

On donne au malade une boîte d'allumettes, il en enflamme une, l'approche du bout de la clef et aspire comme pour fumer.

D. Cela fume-t-il ?

Il prend une deuxième allumette, l'enflamme et fume.

D. Que tenez-vous là ?

R. *Olovko* (crayon, en tchèque.)

Il est difficile d'expliquer comment le mot de « crayon », déjà employé mal à propos antérieurement, apparaît de nouveau.

Cet épisode se trouve encore en concordance avec le schéma du phénomène que nous avons esquissé.

La représentation de l'acte de fumer une fois produite reste prépondérante, au point que la correction par les impressions des sens ne peut plus avoir lieu.

Présentation d'un cigare :

R. Cigare.

On demande à plusieurs reprises quel usage on en fait.

Le malade répond : « *To se vedje do to no.* » (En tchèque : « Ceci entre dans cela ».)

Nous retrouvons ici la formule signalée plus haut comme une manifestation de l'amnésie ; mais il serait possible aussi de l'expliquer par la naissance d'une idée qui aurait évolué sans qu'on s'en rende compte : « l'idée de porte-cigare ».

D. A quoi cela sert-il ?

R. A fumer.

D. Comment appelle-t-on ceci ?

R. Cigare.

Présentation d'un couteau :

R. Couteau.

D. A quoi cela sert-il ?

Il ouvre le couteau.

D. Fume-t-on avec ?

Pas de réponse.

Présentation de ciseaux :

Il les saisit convenablement et dit : « Couteau » (*striha*) ; « on coupe ». Le mot (*striha*) signifie couper avec des ciseaux.

D. Comment appelle-t-on ceci ?

R. Couteau.

On présente un porte-cigare et on donne au malade une cigarette.

Il examine si le porte-cigare s'adapte, le rend, tourne la cigarette dans un sens et dans l'autre, la met à la bouche, prend une allumette, allume et fume.

D. Est-ce bon ?

Il fait un signe affirmatif et dit : « C'est une sport » (variété de cigarettes).

Présentation d'une pince :

Il s'en sert convenablement.

D. Comment cela s'appelle-t-il ?

Il la tourne et la retourne disant : « Cigarette ».

D. Que fait-on avec ceci ?

R. *Oluvko* (crayon, en tchèque) ; il tient quelque temps la

pince, la tourne, la retourne, l'ouvre, la ferme. Le professeur la lui retire pour la lui rendre un instant après ; à ce moment il répond : « Cigarette ».

D. Peut-on fumer avec cela ?

Pas de réponse.

— Allumez et fumez.

Il prend une allumette, la frotte, prend dans sa bouche le côté pointu de la pince, tente de fumer ; n'y arrivant pas, il allume une seconde allumette et aspire, comme pour fumer.

On lui dit : Allumez encore une fois.

Il prend une troisième allumette, aspire encore et dit : « Cela ne va pas », et il continue à s'efforcer d'allumer.

Cet épisode est semblable au précédent et se produit par le même mécanisme ; il présente néanmoins une particularité de plus. L'expression « cela ne va pas », jointe à la continuation des efforts pour fumer, montre, que ce n'est pas seulement, comme plus haut, la correction par les impressions sensorielles qui fait défaut, mais encore qu'une certaine réflexion reste, elle aussi, sans effet correctif. La mise en jeu de la réflexion sera démontrée par la suite de l'observation.

En essayant d'allumer sa cigarette, le malade qui est couché, avait laissé tomber une allumette sur sa poitrine ; il la relève et la frotte ; comme elle ne s'enflamme pas, il reprend la boîte ; or, celle-ci avait été remplacé dans l'intervalle par une boîte de même forme renfermant des cure-dents. Le malade prend un premier puis un second cure-dents, mais les rend tout de suite ; puis il reprend la boîte d'allumettes qui a été remise en place, il saisit une allumette, l'enflamme, et comme il ne peut fumer la pince qu'il tient encore, il prend une seconde allumette, et veut en prendre une troisième : pendant ce temps, la boîte d'allumettes est remplacée par celle des cures-dents, le malade agite la boîte pour se rendre compte du contenu, et comme on lui rend les allumettes il fait de nouveau du feu et tente de fumer la pince : à ce moment l'allumette en ignition lui tombe sur la poitrine, il la rejette aussitôt.

On présente une lime :

R. Cigarette.

D. Que fait-on avec cet objet?

R. On fume (il prend le manche de la lime à la bouche, et s'empare d'une allumette). On pose une cigarette sur le lit, le malade pose la lime, prend la cigarette et fume. Il se montre moins attentif, l'examen est suspendu pendant vingt minutes.

D. Comment cela va-t-il?

R. Bien.

On présente un rabot :

Il en fait un usage normal et dit : « Cigarettes ».

D. Peut-on fumer avec cela ?

La boîte d'allumettes est par hasard restée dans les mains du malade pendant la suspension de l'examen.

D. Quel est cet objet?

R. Un cigare.

D. A quoi cela sert-il?

R. A fumer. Il enflamme une allumette, prend dans la bouche la partie métallique du rabot et tâte pour voir où il faut l'allumer.

D. Peut-on fumer avec cela, et qu'est-ce que c'est?

R. Un cigare.

On présente un miroir :

R. C'est un miroir.

On présente un livre d'heures :

Il le prend et l'ouvre.

D. Quel est cet objet?

R. Un miroir.

On sonne avec une clochette et on demande ce qu'il a entendu.

R. Un miroir.

Nouvelle sonnerie, on demande de dénommer l'objet :

Il prend la sonnette et sonne.

D. Quel est cet objet?

R. Un miroir.

D. Peut-on se mirer dedans?

Il sonne et ne répond pas.

Présentation d'une scie :

Il s'en sert convenablement.

Présentation d'une bougie :

Il dit : « C'est un couteau ».

D. Que fait-on avec cela?

Il frotte une allumette, allume la bougie qu'il tient dans sa main.

D. A quoi cela sert-il?

R. A fumer.

D. Quel objet est-ce enfin?

R. Une fabrique.

D. Pour quel usage s'en sert-on?

R. Pour fumer.

D. Montrez comment.

Il réfléchit à la manière dont il pourrait fumer.

D. A quoi cela sert-il?

R. A fumer.

D. Comment?

Il essaie de mettre la bougie à la bouche, réfléchit, regarde la bougie et l'éteint.

D. Ainsi quel objet est ceci?

R. Une fabrique.

D. Et cela sert à quoi?

R. « A fumer »; il allume la bougie, éteint l'allumette, et éloigne la bougie pour ne pas l'éteindre en soufflant.

D. Quel objet est ceci?

R. Une allumette.

On présente une carte à jouer (sept de pique):

R. C'est une carte.

D. Laquelle?

R. Le sept de pique.

On présente une fourchette:

Il dit: « Une fabrique ».

D. Et cela sert à quoi?

Il la regarde avec attention.

D. Quel objet est cela?

R. Un cigare.

D. Cela sert à quoi?

Après réflexion, il prend dans sa bouche le côté mousse de la fourchette.

D. Est-ce que c'est un cigare?

Il dépose l'allumette brûlée qu'il a en main, en enflamme une autre, essaie d'allumer la fourchette, aspire, la retire de la bouche et la regarde attentivement.

D. Quel est cet objet?

R. « Une cigarette »; pendant ce temps l'allumette est consumée jusqu'au niveau du doigt, il l'éteint aussitôt.

13 Cette partie de l'examen est intéressante en ce qu'elle

nous montre par des manifestations aussi variées que difficiles à expliquer comment les séries de représentations qui donnent lieu à la pseudoapraxie exercent tantôt les unes sur les autres une action correctrice, et tantôt, au contraire, évoluent les unes à côté des autres sans produire aucun effet de correction.

Présentation d'une brosse à habits :

R. Brosse à habits.

D. A quoi cela sert-il ?

Il se sert convenablement de la brosse, mais répond : « On coupe ».

Présentation d'un livre de prières :

R. Allumettes.

Présentation d'un peigne :

R. Brosse.

D. A quoi cela sert-il ?

R. On coupe.

On lui montre l'emploi du peigne ; il s'en sert alors pour se peigner ; mais continue à répondre : « Cela sert à couper ».

D. Que coupe-t-on avec ?

R. Les cheveux.

Cette dernière réponse est significative : elle montre que les impressions des sens, ou du moins celle qui entre ici en ligne de compte, non seulement est juste, mais encore provoque la représentation verbale juste ; sans que d'ailleurs la représentation « de couper », qui est devenue persévérante, soit influencée dans le sens d'une correction.

6 heures du soir.

D. Comment cela va-t-il ?

R. Pour le moment, mal.

D. Pourquoi ?

Pas de réponse.

D. Quel est cet objet (pince) ?

R. Le ti, *Ruf-uf-no-fa-moi*.

D. Quel est cet objet ?

R. Une pince.

D. Cela sert à quoi?

Pas de réponse.

Lorsque le malade répondit à la question : « Quel est cet objet », par les syllabes sans signification relatées ci-dessus, on ne constata aucun changement dans son état, et le fait, en l'absence de renseignements, resta difficile à expliquer.

En se rapportant à des manifestations antérieures constituant vraisemblablement des symptômes d'amnésie verbale, on pouvait croire à une paraphasie passagère assez surprenante d'ailleurs, puisque ni avant, ni après on n'a rien observé de pareil. L'explication du fait, qui devait se reproduire (voir plus loin), fut donnée par l'anamnèse, qui nous révéla l'existence chez notre malade d'attaques consistant dans l'émission subite de syllabes et de lettres sans sens et sans cohésion.

D'après les renseignements recueillis, il s'agirait là d'attaques de petit mal ; néanmoins le symptôme frappe aussi par sa ressemblance avec le logospasme épileptique décrit par Féré (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 1895), pendant lequel la conscience ne serait pas troublée. Ce dernier point n'a pu être élucidé, puisque chez notre malade les attaques se présentaient à un moment où l'état de la conscience était déjà anormal. par contre, j'ai eu dans un examen ultérieur l'occasion d'observer une attaque semblable, dans un moment où le malade était manifestement sans trouble de la conscience. Cette crise eut lieu dans les conditions suivantes :

Le 15 décembre 1899, le malade est absolument conscient, il paraît dispos, et donne des renseignements sur sa maladie. Invité à dire ce qu'il sait de ses attaques, il répond : « Je sens comme cela... », puis il pâlit, paraît troublé, la tête s'incline un peu en avant, et l'on entend les syllabes : « Uf, uf, uf, nek, ja, kef, jo, dol, ko », tout dure à peine quinze secondes.

D. Venez-vous d'avoir une attaque?

R. Oui.

D. Qu'éprouviez-vous?

R. *Ja, jsem němémé.* (J'ai la langue allemande — en tchè-que).

D. Venez-vous d'avoir une attaque?

R. *Sreifreile* (ce qui constitue un jargon paraphasique).

D. Comment vous appelez-vous?

R. Censky (Antoine).

A partir de ce moment, le malade est de nouveau dans un état normal, même au point de vue du langage.

Objectivement, le malade paraissait, durant sa crise, complètement inconscient; mais sa phrase : « J'ai la langue allemande », laisse néanmoins supposer que, pour altérée qu'elle fût, la conscience n'avait pas disparu, (le malade sait en effet quelques mots d'allemand), et cela constituerait un état de transition reliant le fait à l'observation de Féré.

Cet autenr voit là des manifestations de nature spasmodique; je serais porté plutôt à les attribuer à la disparition de l'action d'arrêt du centre verbal acoustique, action d'arrêt sur laquelle je me suis expliqué au Congrès de Paris.

D. Quel est cet objet (peigne)?

R. On coupe et ensuite « on coupe avec ». Il met le peigne à la bouche.

D. Montrez comment on s'en sert.

Il le retourne dans sa main.

On présente une fourchette :

Il s'en sert convenablement et dit : « On coupe avec » ; puis fait comme s'il voulait saisir une bouchée de nourriture, la porte à sa bouche, en examinant attentivement s'il a pris quelque chose avec sa fourchette, puis il crie : Wu — kuf, uf, uf — » : c'est un accès de logospasme aussitôt terminé et qui n'empêche pas la continuation de l'examen.

On présente une théière :

Il s'en sert convenablement.

D. Quel objet est cela?

Il continue à tourner l'instrument; on répète la question, il continue à forer et dit à deux reprises quelque chose d'inintelligible : c'est probablement une nouvelle attaque.

On présente un marteau.

Il le regarde dans tous les sens.

D. Qu'est cela?

R. Une pince.

Il s'est écoulé huit minutes depuis qu'on a montré la pince.

D. Que fait-on avec ceci?

R. On martèle, marteau.

On présente une boîte d'allumettes.

Il prend une allumette et l'allume.

D. Que faites-vous?

Regarde autour de lui et dit : « Cigarette ».

On présente la pince.

Il s'en sert convenablement, mais déclare : « C'est une cigarette ».

D. Allumez-la.

Il prend une allumette, la frotte « Kuf, uf, uf, uf » ; c'est une nouvelle attaque.

On lui dit de fumer en lui donnant une fourchette; il dépose la pince, prend une allumette et tente d'allumer la fourchette sans la porter à la bouche. Il regarde de côté et d'autre.

D. Cherchez-vous quelque chose?

Pas de réponse.

D. Avez-vous la cigarette?

R. Je l'ai. — Frotte encore une allumette, par inattention il la laisse brûler jusqu'au bout, et fait un geste de douleur.

On pose une cigarette sur le lit, il la prend aussitôt, l'allume et fume.

D. Est-ce bon?

R. C'est une (sport).

A ce moment le malade paraît plus égaré; il laisse tomber sa cigarette sur le lit, la reprend et fume; il fait attention à ce qui se passe autour de lui; mais bientôt il devient indifférent à tout; sonnerie, questions, présentations d'objets divers, rien ne le tire de son apathie.

10 décembre. Le malade est plus déprimé que hier, les pauses entre les réponses sont très longues, on est obligé de répéter les questions.

D. Me connaissez-vous?

R. Oui.

Présentation d'un carnet.

Il l'ouvre et en tourne les feuillets.

D. Que fait-on avec cela?

Pas de réponse.

Présentation de cire à cacheter.

Pas de réponse.

Présentation d'un peigne.

R. Crayon.

D. Comment s'en sert-on ?

Il se peigne.

D. Est-ce un crayon ?

R. Crayon.

Présentation d'un crayon.

R. Crayon.

D. Et ceci (le peigne), est-ce aussi un crayon ?

Pas de réponse.

Présentation de ciseaux.

R. Ciseaux.

D. Que fait-on avec ?

R. On coupe.

Présentation d'une clef.

R. Ciseaux.

D. Que fait-on avec ?

R. On coupe. — Il s'en sert convenablement.

— Eh bien, coupez cette étoffe.

Il pose d'abord la clef sur l'étoffe, et puis la tourne.

D. Que fait-on avec cela ?

R. Couper.

Présentation des ciseaux.

R. Ciseaux (il coupe aussitôt l'étoffe).

Présentation de la clef.

Il la tourne dans sa main.

D. Que fait-on avec ?

R. Couper.

— Eh bien, coupez.

Il applique la clef à l'entaille de l'étoffe ; mais fait ensuite le geste de tourner une clef.

Ces faits méritent de fixer l'attention ; ils nous montrent, en effet, dans les deux séries de représentations qui évoluent parallèlement, des impressions réelles des

sens intervenir avec une action correctrice, sans que cependant se produise la correction de la parapraxie ; et par là apparaît visiblement le caractère particulier du trouble de l'identification secondaire par lequel le phénomène que j'ai appelé pseudoapraxie diffère de l'apraxie consécutive à la cécité psychique ou à d'autres troubles analogues.

Présentation d'un couteau.

R. Ciseaux.

D. Quel en est l'usage ?

R. On coupe (fait le geste de couper avec des ciseaux).

— Eh bien, coupez.

Se sert régulièrement du couteau.

Présentation d'une brosse à habits.

R. Ciseaux (fait le geste de brosser).

D. A quoi cela sert-il ?

R. Couper.

— Eh bien, coupez.

Il applique la brosse à l'entaille déjà faite à l'étoffe, semble cependant se rendre compte que cela ne peut aller, dépose la brosse et cherche à déchirer l'étoffe, mais reprend la brosse pour brosser dans la direction de l'entaille.

D. Que venez-vous de faire ?

R. J'ai coupé.

Cet épisode est instructif en ce qu'il nous montre la correction produite par la vue de l'entaille faite à l'étoffe agir avec une efficacité telle que le geste de couper au moyen de la brosse est commencé, mais avorte bientôt ; et alors, l'autre série de représentations (relatives à l'acte de brosser) entre en jeu pour être finalement de nouveau remplacée par la série des représentations opposées.

Présentation d'une pipe.

R. Cigarette.

Présentation d'une boîte d'allumettes.

R. Cigare.

D. Où est le cigare ?

Il montre la pipe, prend une allumette éteinte, la regarde, la dépose, en cherchant une autre et l'enflamme. Comme il n'arrive pas à allumer, il dépose la pipe et dit : « Cigare ».

Présentation d'un clou.

R. Allumettes.

— Alors, allumez.

R. Avec la cigarette.

On lui donne une cigarette, il l'allume aussitôt et fume. On présente encore le clou ; le malade ne répond pas ; on lui donne un marteau, il dit : « Marteau ».

D. Et ceci (le clou), qu'en fait-on ?

Il enfonce le clou en disant : « Clou ».

Présentation d'un morceau de craie.

R. Crayon.

Il écrit spontanément son nom sur une ardoise qu'on lui tend ; il lit aussi, lentement mais correctement.

Présentation d'une pince.

Dit : « Pince ».

D. Que fait-on avec ?

R. On coupe.

D. Comment ?

Il pince le morceau d'étoffe dans la direction de l'entaille déjà faite.

D. Coupez-vous ?

Il tente de nouveau de déchirer l'étoffe. A ce moment on lui présente un morceau de bois avec un clou piqué dedans ; il arrache aussitôt, quoique maladroitement, le clou.

D. Qu'avez-vous fait ?

R. J'ai coupé.

Présentation d'une bougie.

R. Ciseaux.

D. Que fait-on avec ?

R. On coupe.

On lui présente l'étoffe :

D. Pouvez vous couper ?

Il allume la bougie.

D. Qu'avez vous fait ?

R. J'ai coupé.

D. Quel est cet objet (la bougie) ?

R. Des ciseaux.

On lui donne les ciseaux :

D. Est-ce que ce sont deux paires de ciseaux ?

Il coupe avec les ciseaux et tient la bougie de la main gauche.

D. Donnez-moi les ciseaux.

Il donne les ciseaux et garde la bougie.

D. Que fait-on avec ceci (la bougie)?

R. On coupe.

D. Comment?

Il approche la bougie allumée de l'entaille de l'étoffe, on lui présente un chandelier sur lequel il dépose aussitôt la bougie, en disant : « Cigarette ».

Eh bien ! fumez. On éteint la bougie, le malade la rallume.

D. Qu'avez-vous fait ? qu'est ceci ?

R. Allumettes.

Quelque intéressant que soit cet épisode, il n'a pas besoin de commentaires spéciaux, après ce qui a été dit ; il nous montre d'une manière frappante l'apparition des corrections d'intensité variable par des impressions des sens, leur influence sur les actes volontaires, ainsi que les barrières contre lesquelles les corrections ultérieures viennent constamment échouer.

11 décembre 1899. — A 9 heures du matin le malade a une crise convulsive de trois minutes, la tête et les yeux sont tournés à gauche, il y a des mouvements oculaires horizontaux, des contractions surtout dans la moitié droite de la face et dans le bras gauche ; les poings sont fermés, la jambe gauche est en état de contracture, le phénomène du genou est très marqué des deux côtés. Le signe du pied est plus marqué à droite qu'à gauche.

Examen dix minutes après l'attaque.

Bonjour :

R. Bonjour.

D. Comment allez-vous ?

R. Bien.

D. Me connaissez-vous ?

R. Vous êtes Monsieur le professeur.

Présentation d'un livre d'heures :

Il tourne les pages, on est obligé de répéter les questions.

Présentation d'un carnet pour cartes de visite :

L'examine et dit : « Prières ».

Présentation d'un morceau de drap :

R. Prières.

Présentation d'un couteau :

L'ouvre et après plusieurs interpellations, dit : « Prières ».

Présentation de ciseaux :

Dit : « Ciseaux ».

D. Que fait-on avec?

R. On coupe.

Présentation d'une fourchette :

R. Ciseaux.

D. Que fait-on avec?

R. Couper.

D. Montrez comment (on donne un morceau d'étoffe) :

R. Dit : « Prières ».

D. Que fait-on avec?

Pas de réponse.

Présentation d'un miroir.

Il le retourne, se mire et dit : « Ciseaux ».

D. Que fait-on avec?

R. On coupe.

D. Montrez comment?

Il tient l'étoffe comme s'il voulait la couper avec le miroir.

Présentation d'une pipe :

R. Cigare.

Présentation d'une bobine :

R. Cigarette.

D. Que fait-on avec?

R. Cigare.

On lui donne une allumette, il la tient à côté de la bobine et dit : « On coupe ».

Montrez comment :

Il enflamme une allumette et la laisse se consumer sans rien faire avec la bobine.

Présentation d'une savonnette :

Après une pause de deux minutes : « Ciseaux ».

D. Que fait-on avec?

R. Cigare.

On lui tend une boîte d'allumettes, il prend une allumette et dit : « Cigare ».

Il tient l'allumette au-dessus du savon et la laisse se consumer.

Présentation d'une pince :

Il dit : « Pince ».

D. Que fait-on avec ?

R. Couper.

D. De quelle manière ? (On lui donne de l'étoffe).

Comme hier il serre l'étoffe avec la pince.

Présentation d'un marteau :

R. Marteau.

D. Comment s'en sert-on ?

R. On coupe.

D. Comment ?

R. Cigarette.

Présentation d'un clou :

R. Cigare.

Montrez ce qu'on en fait :

Dit : « Cigarette », donne des coups de marteau sur le clou.

Présentation d'un harmonica :

Il en joue et dit : « Harmonica ».

D. Que fait-on avec ?

Il en joue de nouveau.

Présentation d'une lime :

R. Lime.

D. Comment s'en sert-on ?

R. On coupe.

Présentation d'un verre de vin rouge qu'il boit aussitôt.

D. Est-ce bon ?

R. Cigarette.

D. Je demande si c'est bon :

R. Cigare.

D. Qu'en fait-on ?

Pas de réponse.

Cet épisode très instructif, montre comment des impressions des sens qui manifestement coïncident avec des représentations familières sont identifiées aussitôt, et sans doute en raison de leur intensité, amènent la représentation du but et l'exécution de l'acte correspondant ; l'observation fait ressortir en outre la dissociation entre ce dernier processus et la représentation verbale.

Présentation d'une bougie :

Répond : « Cigarette ».

On donne au malade une allumette, il allume la bougie et refoule dans la boîte une allumette qui déborde.

D. Que faites-vous ?

R. Cigarette.

D. Que faites-vous avec cela ?

Pas de réponse.

D. Fumez-vous ?

Pas de réponse.

Présentation d'un cigare :

Il dit aussitôt : « Cigare ».

Tenant toujours la bougie à la main, il avance le cigare dans la flamme et dit : « Cigarette ». Il essaie de fumer, oublie de couper le bout du cigare, et comme cela ne tire pas, il approche la bougie et continue à aspirer.

12 décembre 1899. — Contrairement à son habitude, le malade a mal dormi, et l'infirmier l'a entendu prononcer ses « uf, uf, uf ».

Examen à 10 heures du matin.

Présentation d'un rabot :

Il le retourne dans sa main, et interrogé plusieurs fois sur la nature de l'objet, il dit : « Une montre ».

On lui avait fait voir cinq minutes auparavant une montre ; après une longue pause le malade dit : « On lime ».

Présentation d'une lime :

Il dénomme cet objet.

D. Que fait-on avec ?

R. On lime.

Présentation d'une cigarette :

R. Cigarette, il la saisit, prend la boîte d'allumette au milieu d'autres objets et allume.

Présentation d'une scie :

Il la prend convenablement dans ces mains, fait le geste de scier et dit : « On lime ».

Présentation de ciseaux :

R. Mètre, fait le geste de couper et dit : « On lime » et un instant après : « Cigarette ».

Présentation d'un couteau :

Il dénomme l'objet.

D. Qu'en fait-on ?

R. On coupe.

Si nous résumons les enseignements contenus dans les observations qui précèdent, nous constatons qu'ils confirment la thèse soutenue par Moeli, quand celui-ci affirme que l'obscurcissement de la conscience provient d'un relâchement de la cohésion des idées. Les faits observés nous montrent en outre comment plusieurs séries de représentations peuvent évoluer jusqu'à un certain point indépendamment, les unes à côté des autres, et comment les représentations d'une série peuvent influencer les impressions sensorielles des autres séries, au point de causer un trouble complet de l'identification : et ainsi est mis en vue un nouveau facteur des troubles désignés sous le nom d'obscurcissement de la conscience. Enfin l'observation nous montre encore une condition nouvelle de cet obscurcissement dans les enchaînements fortuits, sans aucun rapport intrinsèque, qui s'établissent entre les diverses séries de représentations. J'insiste particulièrement sur ce point, car il nous fait comprendre clairement une variété de trouble de la conscience qui ne rentre pas dans le cadre de la forme décrite par Westphal, forme qui, selon lui, serait caractérisée par une rupture complète entre le cercle d'idées nouveau et le cercle normal.

J'ai dit au début de cet exposé, que l'opinion émise ici, à savoir qu'une grande partie des manifestations qui nous occupent a sa source dans un trouble de l'association, dans le « penser à côté » (*Vorbeidenken*), donnait à l'ensemble une signification pathologique d'une partie plus grande : la preuve en est surtout dans le lien, qui se trouve ainsi démontré, entre ces manifestations et des processus analogues, quoique étiologiquement et cliniquement différente.

Je n'ai pas l'intention d'aller ici au fond de la question, je ne veux que signaler les rapports des manifestations qui viennent d'être étudiées, avec les troubles décrits sous le nom « d'absorption », par Lipps, pendant que je rédigeais ce travail. (Voir *Compte-rendu de la classe philos-philologique de l'Académie royale des sciences de Bavière*, vol. IV, p. 607.) Quant aux rapports qui existent entre ces manifestations et celles des états crépusculaires des hystériques, ils ne sauraient échapper à quiconque est au courant de la question. A ce propos je ferai remarquer que Ræcke dans un travail sur ce sujet (*Zeitschrift für Psychiatrie*, 58, p. 124) semble admettre, d'après son premier cas, que des représentations étrangères viennent s'interposer avec un caractère presque obsessif, pour évoluer ensuite pour leur propre compte vers l'expression verbale. Il effleure aussi la question de la persévération, en s'exprimant en ces termes : « Il se pourrait aussi, qu'en raison de la plus grande facilité avec laquelle survient la fatigue, il se produisit une certaine intoxication (*Haftenbleiben*) par des représentations isolées, de sorte qu'une réponse pût être répétée, alors que déjà elle n'aurait plus sa raison d'être. »

Quant aux rapports avec la psychologie du rêve, je me contenterai également de les mentionner.

APPENDICE. — Ce travail était terminé, quand mon attention fut attirée sur une publication de G. E. Muller et de A. Pilsecker (*Expérimentelle Beitræge zur Lehre von Gedächtniss*, 1900. Supplément de la *Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane*), dans laquelle ces auteurs, après avoir pris bonne note des faits établis par les cliniciens, traitent au point de vue physiologique « des tendances de persévération des représentations »; aussi, ne puis-je me dispenser de

signaler quelques opinions émises par eux et qui concordent d'une manière frappante avec des vues développées d'autre part dans mon travail sans que je connusse la publication en question.

Comme concordant avec mon appréciation sur la cause de la persévération de représentations isolées ou de séries de représentations, je signalerai l'avis émis (*Loc. cit.*, p. 58) en ces termes : « A force d'être répétées, il arrive que les représentations isolées ou les séries de représentations en question, en raison de la tendance à la persévération, arrivent à la conscience à un moment où les autres facteurs qui envahissent également la conscience, ne sont pas d'une force ou d'une ténacité bien marquées. » Plus loin (*Loc. cit.*, p. 77) les mêmes auteurs disent que « la fatigue, chez beaucoup d'individus du moins, contribue à donner à la persévération un caractère plus accentué », et pour expliquer le fait, ils admettent que vraisemblablement « les associations deviennent moins puissantes ».

SUICIDE ET FOLIE

Par le Dr VIALLOU

Médecin en chef de l'asile de Bron.

Suite (1).

§ IV. *Suicide dans l'alcoolisme.* — Nous avons vu, dans nos considérations préliminaires, l'influence considérable exercée par l'alcool dans la genèse du suicide en général, les statistiques publiées à ce sujet donnant un chiffre de 10 à 12 p. 100. Nous avons cru même pouvoir établir que la plupart des alcooliques qui se tuent doivent être considérés, au moment de l'exécution de l'acte, comme de véritables aliénés.

Magnan, Legrain (2) ont montré, d'autre part, que les alcooliques délirants sont, d'ordinaire, des dégénérés et que l'alcool ne possède ainsi une action si funeste qu'en raison du terrain sur lequel il agit. A l'occasion d'excès de boisson, l'individu, ainsi prédisposé par ses tares héréditaires, commet des actes suicides qui doivent être attribués, en partie il est vrai, à l'alcool, mais surtout à son état de déséquilibre intellectuelle, latente jusque-là, que l'alcool vient éveiller au même titre que toutes les autres causes physiques et morales : « Quand l'alcool, dit Magnan, agit sur un terrain pré-

(1) Voir les *Annales* de juillet-août, septembre-octobre, novembre-décembre 1901; janvier-février, mars-avril, mai-juin, septembre-octobre et novembre-décembre 1902.

(2) Legrain. *Hérédité et alcoolisme.*

paré, sur un nerveux, sur un prédisposé à la folie, non seulement les signes révélateurs de son action spéciale se trouvent profondément modifiés, mais encore il laisse apparaître au grand jour les déficiences mentales restées parfois latentes à la faveur d'une hygiène régulière. » « L'alcool, dit Legrain, anéantissant momentanément l'équilibre intellectuel, comme il arrive déjà dans la simple ivresse, déchaîne toute prédisposition, la livre à elle-même, et elle se reconnaît alors à des signes certains. »

L'ivrognerie, ainsi qu'on l'a démontré, est souvent un vice héréditaire, et l'abus intermittent des boissons alcooliques est, la plupart du temps, un symptôme psychique très net de dégénérescence (accès irrésistible à boire, dipsomanie). L'exemple cité par Taguet (1) en est une preuve : « La famille D..., dit cet auteur, est une bien malheureuse famille. Ils étaient quatre frères tous adonnés à l'ivrognerie la plus effrénée. L'aîné s'est jeté à l'eau, le second s'est pendu, le troisième s'est coupé la gorge avec un rasoir, le quatrième s'est jeté d'un troisième étage. »

Galangau (2) montre que la dipsomanie appartient exclusivement aux dégénérés et que, chez les dipsomanes, les suicides sont fréquents.

Si certains dégénérés ou prédisposés à la folie ont quelquefois une tolérance remarquable pour l'alcool, puisque Pidoux cite le cas d'un individu qui absorba par jour un litre d'eau-de-vie pendant une semaine sans en éprouver de malaise, et Morel celui d'une fille hystérique qui consommait un litre et plus d'eau-de-vie par jour pendant plusieurs mois de suite sans éprouver de

(1) Taguet. *Hérédité dans l'alcoolisme*, 1877.

(2) Galangau. *Considérations sur quelques cas de dipsomanie*. Th. Paris, 1880.

symptômes d'ivresse (1), la plupart, au contraire, présentent une susceptibilité toute particulière, le moindre excès étant suffisant pour faire éclater des troubles mentaux. L'alcool est, pour ces malades, comme on l'a écrit depuis longtemps, une pierre de touche amenant des réactions diverses suivant les individus. Chez le dégénéré, ce sont souvent des obsessions, des impulsions suicides, des accès intermittents de mélancolie; chez le prédisposé, on voit se produire des états lypémaniques variés accompagnés aussi d'une tendance déplorable au suicide.

Un grand nombre réagissent dans le sens de l'excitation maniaque avec ou sans hallucinations de la vue. C'est ainsi que nous avons connu un malade qui en est à son dix-huitième internement; il est sorti guéri chaque fois de l'asile; mais au bout de quelques mois de liberté, et toujours à l'occasion de quelques excès alcooliques, il est retombé dans un état maniaque.

Chez les prédisposés, comme chez les individus ordinaires d'ailleurs, les conséquences de l'intoxication sont absolument variables; et tandis que les uns ont le vin gai et font plutôt de l'excitation maniaque, les autres ont le vin triste et versent de préférence dans la mélancolie. Mais, en règle générale, et ce qui a une grande importance au point de vue du pronostic, le même état délirant se reproduit d'habitude chez le même individu chaque fois qu'il lui arrive de commettre des excès alcooliques.

D'un autre côté il est à remarquer que, s'il est vrai que beaucoup d'alcooliques sont des dégénérés ou des prédisposés que l'alcool pousse à des actes impulsifs ou chez lesquels il provoque un délire mélancolique, un certain nombre de malades ne sont devenus alcooliques

(1) Fournier. Article « Alcoolisme » (in *Dict. de Jaccoud*).

que parce qu'ils étaient déjà aliénés ; ils ont commis des excès alors qu'ils avaient déjà un délire constitué ; l'alcool, chez eux, n'a pas provoqué de troubles mentaux, mais les a exagérés le plus souvent.

Le délirant alcoolique pur, celui qui n'a pas de tares héréditaires bien nettes, qui ne boit pas sous l'influence de troubles mentaux déjà établis, supporte des doses relativement considérables d'alcool sans verser dans la folie. Lorsqu'il arrive à présenter des perturbations psychiques, il est assez rare qu'elles se traduisent par des tendances au suicide. Le malade est plutôt excité, loquace, incohérent, présente des hallucinations caractéristiques de la vue, cherche à se défendre contre des ennemis imaginaires, des animaux féroces, devient ainsi, dans son trouble hallucinatoire, involontairement homicide, veut quelquefois fuir et prend les fenêtres pour des portes, ne voit pas, dans sa fuite, les obstacles qui peuvent mettre sa vie en danger ; s'il se tue souvent, c'est involontairement.

Quelques-uns, cependant, devant la terreur des hallucinations, font des tentatives réelles et réitérées de suicide : « Ce suicide, dit Lasègue (1), ne demandera pas la mise en scène, la préméditation lente, jamais il ne sera précédé par ces longues heures de réflexion, où s'accroissent les confidences, les emphatiques récits ; l'acte est simple, les préparatifs sont nuls, un mouchoir et une branche d'arbre, la rivière, la fenêtre ouverte, le couteau, tout ce qui, d'une exécution peu compliquée, répond à la hâte d'agir qui sollicite les alcooliques. Et telle est leur maladresse qu'ils échouent bien souvent. »

Ces quelques considérations nous permettent de diviser les alcooliques en trois catégories :

1° Les dégénérés, les prédisposés héréditaires qu'une

(1) Lasègue. Mémoire sur l'alcoolisme (*Arch. de méd.*, 1871).

dose minime d'alcool pousse à des actes suicides le plus souvent impulsifs, ou à des états mélancoliques avec propension au suicide ;

2° Les individus déjà en puissance de folie, et chez lesquels l'alcool donne comme un coup de fouet aux conceptions délirantes ;

3° Les alcooliques à délire type, sans tares héréditaires bien nettes, qui ne présentent qu'exceptionnellement des manifestations suicides, mais qui périssent souvent victimes de leurs hallucinations terrifiantes.

On voit, d'après ces quelques données, que, dans l'alcoolisme, le suicide ne s'accomplit pas avec un caractère absolument spécial : chaque individu apporte sa note personnelle, renforcée seulement par l'appoint toxique. Le dégénéré y manifeste des impulsions suicides qui, dans certains cas, se rapprochent des impulsions des épileptiques, en ce sens qu'elles s'accompagnent de la perte plus ou moins complète de la conscience. Mais, en général, l'inconscience absolue ne se retrouve pas, même chez les alcooliques qui ont eu des accès convulsifs provoqués par leurs excès, surtout par les excès absinthiques.

Comme chez l'épileptique, l'impulsion se manifeste d'une façon soudaine ; aussitôt que l'idée de suicide se présente à l'esprit du malade, il cherche à la mettre à exécution : « La décision est soudaine et imprévue, dit Tourdes (1) ; l'ivrogne quitte le cabaret pour aller se pendre ou se jeter à la rivière. »

Dans les formes mélancoliques de l'alcoolisme, le suicide n'offre rien de spécial si ce n'est, du côté du malade, une détermination plus rapide pour des motifs plus puérils.

(1) Tourdes. Article « Alcoolisme, médecine légale » (*Dict. encycl. des sc. méd.*, p. 717).

Le D^r Stolz (1) rapporte l'histoire remarquable d'un individu qui, à la suite chaque fois de libations, fit des tentatives répétées de suicide et finit par se tuer. Ce malade avait une propension pour les boissons alcooliques, qui, restreinte d'abord, finit cependant par amener au bout de plusieurs années un *delirium tremens*. Ce délire, toutefois, avait été précédé par un changement assez marqué dans son humeur, qui, peu auparavant, avait pris une teinte lypémaniaque. Guéri d'un premier accès, il reprit ses occupations; mais il ne tarda pas à reprendre ses habitudes d'ivrognerie, puis à retomber dans le délire et à faire une tentative de suicide par submersion. Confié à la garde de sa famille, il se montra d'abord fort tranquille, reprit ses habitudes de sobriété et se livra à ses occupations ordinaires. Mais, un mois s'était à peine écoulé, qu'il recommença à boire, et qu'une nuit il s'évada de nouveau de chez lui pour aller se noyer. Arrêté à temps, il opposa une résistance assez vigoureuse. Un peu de calme succéda et on accorda à ce malade une certaine liberté. Mais quatre mois après, il commença de nouveau à être inquiet, renonçant à travailler, se sauva de chez lui, et finit enfin par s'abandonner de nouveau à la boisson. A ce moment sa violence ne connut plus de bornes; il maltraita sa femme, ses enfants, et finit par se précipiter encore à la rivière. Rappelé à la vie, il fut attaché dans son domicile; mais peu après il trompa encore la surveillance et finit par réussir dans son projet.

OBS. LXV. — P..., Louis, âgé de trente-sept ans, est un dégénéré qui présente par intermittences des impulsions à boire. A la suite de libations copieuses, il a été envahi subitement par l'idée de se détruire, sans que cette idée ait été provoquée

(1) Stolz. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*.

par des peines morales ou physiques. Le malade ne se rend pas un compte exact de ce qui s'est passé, ses souvenirs sont vagues. Il se rappelle cependant s'être jeté à l'eau d'où il a été retiré à temps pour être conduit à l'asile. Il ne peut fournir aucune explication convenable du suicide; il reconnaît qu'il a agi sous l'influence exclusive de la boisson, n'ayant aucun motif pour mettre fin à ses jours.

Obs. LXVI. — Femme de trente-deux ans. Père mort alcoolique, mère morte à l'âge de cinquante-sept ans dans la démence; deux sœurs et un frère en bonne santé. Elle a une fille de dix ans et un garçon de cinq qui n'ont jamais été malades.

Réglée à douze ans, bonne santé habituelle. La malade a toujours eu un caractère très irritable, elle s'emportait pour la moindre des choses, et toute petite elle fuyait déjà le domicile de ses parents si on essayait de la gronder.

Jusqu'à la mort de son mari, la malade n'avait rien présenté de particulier que l'irritabilité de son caractère. Il y a deux ans, son mari est mort diabétique; depuis ce temps-là, elle n'a pas été réglée, est triste, manifeste quelques idées de persécution et se livre depuis peu à des excès alcooliques. Le matin, elle est tranquille; mais le soir, sous l'influence de la boisson, elle est plus tourmentée, excitée, parle avec animation. Enfin, il y a quelques jours, elle s'est précipitée dans la Saône. Retirée de l'eau, on l'a conduite à l'hôpital où elle a tenté de nouveau de se suicider.

Obs. LXVII. — Femme âgée de quarante-six ans.

Antécédents héréditaires : Père mort à cinquante-cinq ans (pneumonie avec délire intense); mère morte à soixante ans, hydropique. Ses frères et ses sœurs seraient plus ou moins alcooliques; une sœur maniaque, un fils imbécile.

Antécédents personnels : Mariée à vingt-six ans, quatre enfants, dont trois morts en bas âge.

Cette malade avoue de nombreux excès alcooliques (surtout eau d'arquebuse), elle a des pituites le matin, et, un jour qu'elle était en état d'ébriété, elle s'est fait une blessure au côté droit de la face en tombant sur l'angle de son fourneau; tremblements très marqués de la langue et des doigts.

Etat lypémanique, se croit possédée du diable, l'a vu venir chez elle « en locomotive »; elle a le sang du diable dans les « entrailles »; aussi s'accuse-t-elle de nombreux méfaits et cherche-t-elle à s'ôter la vie. Tentatives nombreuses de suicide.

§ V. — *Du suicide chez les épileptiques.* Dans l'épilepsie, l'homicide et l'incendie sont des actes malheureusement très fréquents; par contre, le suicide est assez rare.

C'est surtout parmi les épileptiques aliénés que l'on retrouve plus volontiers cette tendance. Il est vrai que la plupart de ces malades ne sont pas exempts de tares vésaniques héréditaires, qui, en modifiant leur état délirant, en créant des états mélancoliques ou hallucinatoires variés surajoutés à la névrose, interviennent pour une large part dans leur détermination au suicide. Nous verrons plus loin la part qu'il convient de faire à la dégénérescence mentale.

Comme certains alcooliques, les épileptiques sont souvent victimes de leurs hallucinations; mais il n'y a pas là suicide, mort volontaire.

Dans leur délire, le plus souvent post-épileptique, assez souvent dans un accès de manie furieuse sans attaque préalable, les épileptiques se croient entourés de flammes, se figurent être poursuivis par des animaux féroces, des hommes armés qui viennent attenter à leur vie; ils sont en proie à des hallucinations terrifiantes de l'ouïe; ils entendent des voix accusatrices, menaçantes, des bruits effrayants. Ils veulent fuir à tout prix, se précipitent par les fenêtres, enjambent les balustrades d'escalier, etc., et souvent sont les victimes involontaires de leurs hallucinations. De même, au cours de certains actes d'automatisme ambulateur, quelques épileptiques sont victimes d'accidents parfois mortels.

Voisin (1) cite le cas d'un jeune épileptique dont l'accès est précédé, durant une minute au plus, d'hallu-

(1) Voisin. Article « Epilepsie » (in *Dict. de méd. et de chir.* p. 583).

cinations de l'ouïe pendant lesquelles il se voit entouré de flammes; c'est pour y échapper qu'il s'est précipité une fois par la fenêtre.

OBS. LXVIII. — Une de nos épileptiques a présenté les troubles mentaux suivants. Dans la nuit, elle fut subitement en proie (on ignore si elle avait eu une crise auparavant ou un vertige) à des hallucinations de l'ouïe très intenses; elle se levait et courait dans sa chambre, prétendant que son mari voulait l'assassiner; elle accusait aussi sa fille, et, pour échapper à la mort elle a essayé de se jeter par la fenêtre.

Dans le même ordre d'idées, on peut citer ces mutilations quelquefois fort dangereuses que se font inconsciemment les épileptiques. Carrier (1) rapporte le cas de cette femme qui, prise de vertige pendant qu'elle coupait des tartines de pain à ses enfants, s'entailla profondément les bras en continuant de faire les mouvements qu'elle avait commencés.

La tendance au suicide peut se présenter sous différents aspects dont un seul est pour ainsi dire spécial à l'épilepsie : nous voulons parler de l'impulsion. « Chez l'épileptique, dit Magnan (2), à l'encontre de ce qui se passe dans la mélancolie, dans l'alcoolisme, etc., l'acte de souveraine inconscience arrive brusquement, subitement, de la façon la plus automatique, comme tous les phénomènes qui se produisent dans la grande névrose paroxystique. Mû par un penchant aveugle, l'épileptique se plonge un couteau dans la poitrine, se jette à l'eau, se précipite par la fenêtre, et, s'il ne succombe pas, l'acte est non avvenu pour lui; il regarde avec étonnement sa blessure, il est surpris d'avoir été retiré de l'eau, et, sans les preuves manifestes qu'on lui fournit,

(1) Carrier. *Leçons cliniques sur l'épilepsie*, Lyon, 1883.

(2) Magnan. *Recherches sur les centres nerveux*, 1893, p. 359.

il croirait volontiers qu'on lui parle d'une histoire qui ne le touche point. »

Magnan rapporte plusieurs observations typiques : « Edmond P..., vingt et un ans, en novembre 1877, se perce la poitrine de trois coups de tire-point, sous l'influence d'un vertige.

« En août 1879, se promenant sur la place de la Bastille, tout à coup, au milieu de la foule, sans se préoccuper des gens qui l'entourent ; il entr'ouvre sa chemise et se plonge son couteau dans la région précordiale ; porté dans une pharmacie, il revient à lui, et, se voyant blessé et couvert de sang, il demande avec étonnement ce qui s'est passé.

« L'année suivante il fait encore en public deux tentatives dans les mêmes circonstances. Un autre jour, il frappe un camarade placé à côté de lui. Il ne conserve aucun souvenir de ses actes (1). »

Un autre malade de Magnan (2), au lieu d'accomplir son acte avec brusquerie, l'exécute tranquillement, combine avec une sage lenteur sa préparation, avec toutes les allures d'un phénomène somnambulique. Une voisine l'entendant remuer, et n'osant sortir de chez elle, regarde à travers le trou de la serrure et aperçoit A... qui plantait un clou sur le palier. Il va ensuite chercher une ficelle et se pend en montant sur une chaise. La voisine attirée se met à crier, les locataires interviennent et coupent la corde. Le soir, à Sainte-Aune, le malade interrogé répond : « Comment voulez-vous que je sois assez bête pour me pendre devant ma porte quand il eût été si facile de se pendre chez moi ? »

L'impulsion chez l'épileptique est spécialement carac-

(1) Magnan. Leçons cliniques sur l'épilepsie. *Progrès médical*, 1882.

(2) Magnan, cité par Ardin-Delteil (*Epilepsie psychique*, p. 75).

térisée par l'amnésie consécutive, ce qui ne veut pas dire qu'il y ait inconscience au moment de l'accomplissement de l'acte, car, ainsi que le dit Féré (1), lorsqu'on nous dit qu'un épileptique est inconscient de ses actes, on veut seulement dire qu'il n'en conserve aucun souvenir lorsqu'il les a accomplis. Dans la dernière observation de Magnan il est certain que le malade, en préparant avec intelligence les moyens de se suicider, avait conscience de ce qu'il faisait.

L'amnésie peut être plus ou moins complète. Certains épileptiques conservent comme une notion crépusculaire de l'acte suicide auquel ils viennent de se livrer; ils se rappellent vaguement les motifs qui les ont déterminés, l'impulsion irrésistible qui les a poussés ou les circonstances qui ont accompagné leur tentative.

Tantôt, comme ce malade de Falret (2), ils reconnaissent qu'ils ont voulu se suicider, sans savoir pourquoi, sans se souvenir de leur état d'âme antérieur; tantôt, comme quelques-uns de nos malades qui ont fait une ou plusieurs tentatives et le plus souvent dans des périodes d'excitation post-épileptique, ils reconnaissent, alors que le calme est revenu, qu'ils ont eu l'intention d'attenter à leurs jours, ils racontent qu'ils se sont sentis poussés malgré eux à une détermination fatale, mais sont absolument incapables de donner le moindre détail sur les tentatives auxquelles ils se sont livrés. C'est dire que l'amnésie peut, dans quelques cas, se localiser soit à la période qui précède l'acte, soit à l'acte lui-même, ou s'étendre d'une manière seulement diffuse sur les deux indistinctement.

Parfois aussi, le souvenir persiste un temps très court; il semble que le malade sorte d'un rêve pénible,

(1) Féré. *Les épilepsies et les épileptiques*, p. 143.

(2) Falret. *De l'état mental des épileptiques*, 1861, p. 49.

et, comme dans le rêve, l'impression sur l'intellect est fugace et peu à peu l'oubli se fait.

OBS. LXIX. — Un ancien épileptique, âgé de cinquante ans, dont les facultés intellectuelles sont très amoindries, a des crises fréquentes. Un jour, après une crise, il fait une tentative de suicide par strangulation et il serait certainement arrivé à ses fins si l'on n'était intervenu. Il dit alors au gardien qu'il a voulu se tuer. Interrogé le lendemain, il répond qu'il se souvient de s'être serré le cou, mais prétend que cela n'a pas d'importance, car il ne voulait pas se tuer. Le surlendemain il se rappelle à peine sa tentative et l'a totalement oubliée trois jours après. Il demande pourquoi on le maintient dans un quartier de surveillance, veut aller à son ancienne division.

L'impulsion au suicide se montre quelquefois, mais exceptionnellement, à titre d'aura. Dans la grande majorité des cas elle est consécutive à l'attaque et est d'habitude accompagnée par un état de confusion mentale plus ou moins accusée ou par de l'agitation légère ou violente. Ces cas, sans être fréquents, ne sont pas rares non plus.

Il est une remarque fort importante, à faire, c'est que, chez les épileptiques, à crises convulsives fréquentes, n'ayant que peu ou point d'absences ou de vertiges, les actes impulsifs sont ordinairement rares. On les observe de préférence chez les épileptiques à crises très espacées, présentant plutôt le type du petit mal, et dans les formes larvées de l'épilepsie.

L'épilepsie larvée se révèle quelquefois par des accès subits et intermittents d'agitation avec impulsions suicides, ou par les seules impulsions. Lagardelle (1) rapporte les deux observations suivantes :

« La nommée P..., trente et un ans, est atteinte depuis dix ans environ d'accès d'agitation de trois à

(1) Lagardelle. *L'épilepsie délirante*, 1878, p. 148 et 149.

cinq jours, se reproduisant deux ou trois fois par an et séparés par des intervalles de calme complet pendant lesquels elle se place dans des maisons où elle n'est pas connue et fait parfaitement son service. Quoiqu'elle ne conserve jamais le souvenir de ce qu'elle fait pendant les accès, elle dit qu'elle éprouve au début le besoin d'injurier et l'envie de se jeter par une fenêtre ou de se tuer d'une façon ou d'autre. Les accès, toujours identiques, sont caractérisés par des illusions, des hallucinations de l'ouïe et de la vue, des impulsions instinctives, des cris, des injures et des tentatives de suicide. »

« La nommée B..., trente ans, tempérament nerveux, bonne constitution, ayant un cousin épileptique, est atteinte depuis quinze ans d'accès d'agitation qui éclatent subitement, durant à peine quelques heures et se reproduisant environ tous les deux mois.

« Pendant son délire, ses yeux sont hagards, sa physionomie est terrifiée, elle pousse des cris effrayants, cherche à frapper sa tête contre les murs, demande qu'on la tue, qu'on l'empoisonne. Cet état cesse brusquement et elle ne conserve aucun souvenir de ses crises. »

Quelquefois l'impulsion au suicide est la première manifestation de l'épilepsie ; les vertiges ou les crises convulsives apparaissant tardivement viennent confirmer le diagnostic. Chez quelques épileptiques avérés, et pour des causes peu connues, les crises cessent, quelquefois pendant fort longtemps ; mais en même temps les troubles mentaux s'exagèrent, des impulsions suicides se produisent fréquemment.

Si l'état convulsif reparaît, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement approprié, on voit disparaître les impulsions, et les troubles intellectuels s'atténuer. Cette notion clinique a une grande importance au point de vue du traitement rationnel.

OBS. LXX. — Femme entrée le 21 septembre 1895; quarante-quatre ans. *Antécédents héréditaires* : inconnus.

Antécédents personnels : chorée à quatorze ans et à dix-sept ans.

Depuis longtemps, et une fois par mois environ, la malade prenait des crises avec cri initial, morsure de la langue, perte de connaissance; urinait sous elle.

Les crises ont cessé depuis trois mois, mais en même temps des troubles mentaux ont apparus. La malade est fatiguée, énervée, et depuis quelques jours elle ne dort pas, elle s'agite, voit la guillotine... erre sans but, devient agressive. Hier, elle allait voir sa sœur, mais, s'étant trompée d'étage, elle est entrée chez une vieille fille qu'elle a mordue au bras et à qui elle a enlevé une poignée de cheveux. Rentrée chez elle, elle a essayé de se jeter par la fenêtre, obéissant à une impulsion subite. Cet état mental est accompagné d'un peu de fièvre avec embarras gastrique et constipation opiniâtre; refus des aliments.

7 octobre. Va mieux. Amnésie, ne se souvient pas de ce qu'elle a fait, d'avoir frappé et essayé de se tuer et d'avoir refusé des aliments. Ne sait pas comment elle est venue à l'asile et a été fort étonnée de se trouver couchée ce matin au milieu des autres malades.

18 octobre. La malade a eu un vertige et est restée quelques instants comme égarée; elle a cependant continué à travailler, mais machinalement, et sans se rendre compte de ce qu'elle faisait. Au bout d'un quart d'heure, la malade voit le travail qu'elle vient de faire, est étonnée et demande qui a continué son travail.

27 octobre. Un vertige le 24 et un le 26.

12 novembre. Un vertige hier soir et un ce matin.

23 novembre. Une crise ce matin.

Amélioration progressive de l'état mental avec le retour des vertiges et surtout de la crise convulsive. D'ailleurs, la sœur de la malade avait déjà remarqué elle-même que lorsque les vertiges et les absences augmentaient de fréquence, les accès de violence diminuaient et *vice versa*.

OBS. LXXI. — Femme âgée de quarante-huit ans, entrée à l'asile en mars 1895.

Antécédents héréditaires : une nièce de dix-sept ans épileptique; un fils épileptique.

Antécédents personnels : Pas de maladie grave à noter; réglée régulièrement. Ne prendrait des crises épileptiques que

depuis l'âge de trente ans. Le certificat médical d'admission donne les détails suivants : « Cette femme, amaigrie, faible et anémique, a eu il y a dix ans des crises épileptiques bien caractérisées. Depuis cette époque, elle a dû peut-être en avoir pendant le sommeil, mais n'est jamais retombée pendant le jour. Il y a cinq ans environ, elle avait des frayeurs subites sans aucun motif, elle se sauvait de sa maison et croyait que tout le monde, son mari comme les autres, voulait lui faire du mal ; puis elle a repris un peu de calme et, pendant quatre ans environ, je n'ai plus eu à m'occuper de sa situation d'esprit. Depuis quatre mois ses idées sont devenues incohérentes ; elle accable son mari de reproches continuels, ne veut plus vivre avec lui, dit qu'il s'entend avec un nommé P... pour l'ensorceler. Elle a des moments de fureur dans lesquels elle casse les vitres, déchire son linge, brise ses meubles ; elle se sauve pendant la nuit sans savoir où elle veut aller, et l'on est obligé de la ramener de force. Elle a des impulsions au suicide, et plusieurs fois elle a essayé de se jeter dans une pièce d'eau, tout en disant qu'elle est éternelle et ne peut pas mourir. Tous ces symptômes sont encore plus accentués au moment des règles. »

14 mars. Se plaint de maux de tête violents depuis quelque temps. Consciente actuellement, reconnaît bien qu'elle a dit des bêtises à certains moments. Ne se souvient pas de ses tentatives de suicide ; dit qu'elle est fort malheureuse à cause de ses crises.

On essaie de rappeler les attaques convulsives, mais sans succès, à l'aide de la teinture de noix vomique et de la teinture de belladone à doses progressives.

Quelques mois après, et spontanément, la malade prend une crise épileptique franche.

Meurt en septembre par suite de diarrhée intense et fétide avec symptômes cholériformes.

Il est encore permis de rattacher à la grande névrose certaines impulsions qui, bien que conscientes, se manifestent d'une façon paroxystique et sont précédées ou suivies de troubles mentaux qui caractérisent généralement l'épilepsie. C'est ainsi que chez une de nos malades, les impulsions à se frapper, à se faire le plus de mal possible sont précédées d'une aura hallucinatoire et quelquefois d'un cri initial.

OBS. LXXII. — Femme de quarante-huit ans. C'est la malade elle-même qui donne tous les renseignements qui la concernent. L'état de ses facultés intellectuelles permet d'ajouter toute créance à son dire.

Elle raconte qu'elle est depuis longtemps irrésistiblement portée à se faire des blessures qui pourraient compromettre son existence si on ne la surveillait, mais qui se bornent, le plus souvent, à des égratignures, des morsures, etc. Elle prétend que c'est sous l'influence de la volonté de deux personnes qu'elle se livre à ces actes.

Subitement, au milieu d'un travail régulièrement accompli, la malade se mord, se lacère les organes génitaux externes, etc., en poussant quelque fois un cri initial. Cette impulsion est rapide et cette rapidité ne permet que rarement aux personnes voisines d'y mettre opposition. Ces attaques reviennent à des intervalles irréguliers ; le plus souvent, elles sont isolées ; d'autres fois elles se succèdent plusieurs fois dans le même jour, au point de constituer un véritable état aigu impulsif. La malade raconte que lorsque ses « crises » la prennent, elle voit apparaître devant elle l'une des deux personnes qu'elle nomme et qui lui dit : « Tu vas te mordre, te déchirer, te faire le plus de mal possible, te tuer si tu peux. » Elle ne reconnaît pas dans ces paroles une injonction à accomplir ces actes délirants, mais elle se voit cependant dans l'impossibilité de ne pas accomplir cette sorte de prophétie.

Il semble que plus l'intelligence de l'épileptique est atteinte d'une façon précoce, plus les actes destructifs envers soi-même deviennent fréquents. Chez les idiots ou imbéciles épileptiques, la tendance impulsive à l'automutilation est d'observation courante.

Nous nous refusons cependant à considérer ces cas comme rentrant dans la catégorie du suicide, bien que parfois l'automutilation entraîne une mort immédiate.

En dehors de ces actes impulsifs au suicide, qui se rattachent étroitement à la névrose, les épileptiques attendent parfois à leurs jours dans d'autres conditions. « Outre les troubles intellectuels intimement liés à l'attaque, naissant à l'occasion de l'attaque, et dispa-

raissant avec elle, dit Christian (1), on peut observer, chez l'épileptique, des symptômes de délire de tout autre origine, de délire toxique par exemple (alcoolisme) ou d'un délire chronique de même nature et de même cause que celui que l'on observe chez les aliénés en général...

« Et pourquoi l'épileptique, ainsi prédisposé, ne deviendrait-il pas mélancolique par suite du chagrin que lui cause sa maladie? Pourquoi la douloureuse perspective de ne pas guérir ne le pousserait-elle pas au suicide? » « Des individus, dit Magnan (2), sont atteints à la fois d'épilepsie et de délire partiel ou de manie ou de mélancolie; ces deux états restent indépendants. Ils peuvent sans doute s'influencer réciproquement, exercer, l'un sur l'autre, une action passagère; mais, d'une façon générale, l'existence de l'un n'est nullement solidaire de l'autre. Ce n'est pas tout; ce même individu, épileptique et vésanique, peut encore, de son propre fait, acquérir un troisième état pathologique. A la suite, en effet, d'un abus suffisamment répété de boissons, il présentera un délire alcoolique. »

C'est ainsi que chez les épileptiques, comme le dit Gowers (3) « l'état mental, dans tous les cas, ne doit pas être considéré comme étant entièrement l'effet de la maladie. Chez quelques malades, il est certainement l'expression d'une imperfection cérébrale dont l'épilepsie n'est qu'une autre manifestation ». Ainsi le suicide peut être la conséquence d'un état mélancolique transitoire ou permanent, d'un délire hallucinatoire vésanique ou toxique, d'idées de persécution, d'hypochondrie, de mysticisme, de dégénérescence mentale.

(1) Christian. *Epilepsie, folie épileptique*, 1890, p. 105.

(2) Magnan. *Recherches sur les centres nerveux*, 1893, p. 433.

(3) Gowers. *De l'épilepsie et autres maladies convulsives*, trad. par A. Carrier, p. 194.

Les épileptiques sont, pour la plupart, des mélancoliques à tendances mystiques ; mais souvent cet état de mélancolie habituelle prend, chez les prédisposés, des proportions inusitées, et les incite à la mort volontaire. La mélancolie s'exagère sous l'influence des attaques et s'accompagne le plus ordinairement d'hallucinations de la vue et de l'ouïe ; les suicides ne sont pas rares dans ces conditions.

OBS. LXXIII. — F..., Louis, vingt et un ans. Antécédents héréditaires : Père mort à cinquante-six ans d'un cancer du larynx, mère morte à l'asile en 1892 ; huit frères ou sœurs actuellement en bonne santé physique et mentale.

Pas de convulsions dans l'enfance, bonne santé habituelle. L'épilepsie a débuté il y a sept ans environ ; la première attaque a été provoquée par une forte émotion (le malade a été très impressionné par la vue du cadavre de sa mère morte accidentellement à l'asile). En général, F... prend une crise par semaine, quelquefois plus, quelquefois moins ; souvent les crises viennent par séries (trois ou quatre dans une journée) ; peu de vertiges et d'absences. Trouble dans les idées après les crises ; tendance à la mélancolie et au mysticisme. Quelquefois, à la suite de crises répétées, état de confusion mentale avec hallucinations et excitation : le malade voit le saint Esprit, le diable, a peur d'être daniné, ne peut rester en place, brise les objets autour de lui et menace de frapper les personnes qui l'entourent.

Il a été employé dans plusieurs maisons, mais il a été renvoyé chaque fois au bout de quelque temps lorsqu'on a vu qu'il était atteint d'épilepsie. Le malade a été très affecté de ces renvois successifs et peu à peu a versé dans la mélancolie et pensé au suicide.

Avant-hier il prend quatre crises ; il est très troublé, menace son entourage, puis, à un moment donné, se précipite par une fenêtre d'un troisième étage. Il n'a que des contusions peu graves et est conduit à l'asile. Il se souvient très bien de cette tentative, dit qu'il avait la ferme intention de se tuer puisqu'il se trouvait incapable de subvenir à ses besoins par suite de sa maladie qui l'avait fait renvoyer de chez tous ses patrons.

Legrand du Saulle (1) rapporte l'observation d'un épileptique, apprenti tailleur, âgé de dix-sept ans, issu d'un ivrogne et d'une phthisique. Ce malade était sujet à des impulsions homicides conscientes auxquelles il avait pu à grand'peine se soustraire. Il était, par suite, très tourmenté, très malheureux, et s'est suicidé de peur de céder un jour à ces impulsions.

Clouston (2) signale le cas d'un épileptique qui se suicide par suite d'hallucinations impératives : « Un individu, épileptique depuis plusieurs années, sujet à des accès d'excitation maniaque, était très halluciné, croyant qu'on l'appelait gueux, voleur, gredin. Un jour il échappe à la surveillance et cherche à s'enfuir dans l'intention de se noyer. On le rattrape; il dit alors que des voix lui commandaient d'aller se jeter à l'eau dans une rivière voisine. Pendant plusieurs mois ensuite, il fut calme; mais alors, ayant recommencé la même tentative, il réussit à se détruire. »

Voisin (3) montre que chez le même malade on peut trouver une tendance au suicide relevant de l'épilepsie et une tendance au suicide engendrée par la dégénérescence mentale.

(A suivre.)

(1) Legrand du Saulle. *Etude médico-psychologique sur les épileptiques*, Paris, p. 114.

(2) Clouston, cité par V. Parant (*Impulsions épileptiques*). Congrès de Bordeaux, p. 196.

(3) Voisin. Congrès de Bordeaux, *Compte rendu*, p. 197.

Médecine légale

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE

DU

DÉLIRE DE DÉPOSSESSION OU DE REVENDICATION

Par le Dr H. MABILLE

Directeur médecin en chef de l'asile de Lafond.

On a fait récemment entrer dans ce cadre une classe d'individus à intelligence souvent médiocre, vivant de la vie ordinaire et passant généralement inaperçus jusqu'à ce jour où, comme le dit M. E. Régis, « expropriés de leurs biens, ils refusent d'accepter la chose jugée, se considèrent comme injustement dépouillés et toujours légitimes propriétaires, et se livrent, pour défendre leurs soi-disant droits, à des revendications plus ou moins violentes ».

En 1895, au Congrès des aliénistes de Bordeaux, le Dr Pailhas avait publié plusieurs observations de cette nature sous le titre de : « Etats monomaniaques liés à une déviation de l'instinct de la propriété. »

L'année suivante, le Dr Régis (in *Annales médico-psych.*, 1896) publiait un nouveau cas de ce genre, au sujet duquel, avec MM. Pitres et Landes, il avait dû fournir un rapport médico-légal, et il a donné à cette va-

riété de forme mentale le nom de *délire de dépossession*.

M. Cullerre, en 1897, a fait paraître sur le même sujet, dans les *Annales médico-psychologiques*, une étude sur une forme de délire systématisé, *délire de revendication*.

Il s'agit là, suivant M. Cullerre, d'individus qui, se croyant indûment frustrés de biens, à la possession desquels ils se prétendent des droits imaginaires, s'en emparent et s'y maintiennent par la force.

La même année, M. Chuiton publiait à Bordeaux sa thèse sur le délire de dépossession. Il estime que le délire de revendication est tout à fait similaire au délire de dépossession et que la responsabilité de ces sujets dépend du cas et de l'espèce, le principe de la responsabilité atténuée ou proportionnelle trouvant ici sa place.

Enfin M. Bérac, en 1898, a présenté à la Faculté de médecine de Toulouse un travail ayant pour titre : « Etude sur les aliénés processifs », et qui peut se résumer ainsi :

« Ce sont des individus généralement héréditaires, vivant surtout dans des milieux ruraux ; ils sont méfiants, vaniteux, entêtés. Leur délire a généralement pour point de départ un fait exact, en totalité ou en partie, qui devient l'origine d'interprétations délirantes.

« Le processif se persuade qu'il est victime d'une injustice ; il entame procès sur procès pour faire reconnaître ses droits méconnus, refuse d'exécuter les jugements auxquels il est condamné, rédige des plaintes multiples, et va parfois jusqu'à la violence et jusqu'au meurtre. Généralement on ne note chez eux ni désordre des actes, ni hallucinations, pas de troubles de la sensibilité générale, et ce n'est que par un examen minutieux de leurs actes, de leurs antécédents et de leur état mental, qu'on se rend compte qu'ils sont aliénés. »

Je crois devoir rappeler qu'en 1897 (1), j'avais publié moi-même l'observation d'un individu ayant des habitudes d'intempérance, ne présentant ni hallucinations ni troubles de la sensibilité, qui tira un coup de revolver sur un huissier chargé de procéder chez lui à une saisie. L'inculpé disait avoir accompli cet acte pour attirer l'attention de la justice.

« On me devait de l'argent, disait-il, et, au lieu d'être payé, j'ai été condamné à payer ; on a saisi mes biens, on m'a forcé à vendre mes récoltes, j'ai été ruiné et ma famille est dans la misère. Ne pouvant faire appel d'un jugement de simple police, j'ai tiré sur l'huissier pour que ma cause pût être reprise à nouveau. »

Je crus devoir conclure à une atténuation de la responsabilité.

Depuis cette époque et depuis la publication des divers travaux que j'ai relatés sur la question, le hasard de la clinique m'a fourni plusieurs observations de même nature.

Et je considère qu'il peut être d'autant plus utile d'en donner la relation même succincte, que les individus dont il s'agit ont été condamnés à diverses reprises par les tribunaux, et que leur aliénation a pu, au moins pour l'un d'eux, être méconnue par plusieurs de nos confrères les plus estimés.

L'observation I est déjà fort ancienne.

Obs. I (personnelle). — B... est resté interné de nombreuses années à l'asile de Lafond ; il vient d'y mourir il y a quelques mois, à la suite d'un épithélioma.

Voici un extrait de son observation médico-légale :

D. — Pourquoi vous trouvez-vous ici, B... ?

(1) H. Mabilie. Quelques faits médico-légaux. In *Archives de neurologie*, 1897.

R. — Pour réclamer mon jugement auprès du procureur.

D. — Quel jugement?

R. — Le jugement que j'ai payé quand C... m'avait volé du bois et brisé les clôtures de mon vivier. Le juge de paix m'a condamné en 1873 et j'ai payé 31 fr. 60. Je veux faire valoir mes droits en poursuivant de nouveau le voleur. On me doit ce jugement; qu'on me rende mon droit.

D. — Vous avez eu d'autres procès?

R. — En 1876, T... m'a fait des frais, parce que je ne pouvais pas payer 500 francs qu'il m'avait prêtés. On m'a « exproprié »; et alors B... raconte les résistances qu'il a faites, les délits qu'on lui reproche, les condamnations qu'il a subies.

D. — Quand avez-vous été condamné pour la première fois?

R. — Le 22 novembre 1877, parce que j'ai brisé la porte pour rentrer chez moi. J'ai été condamné à trois mois de prison. Le 11 avril 1878, j'ai eu de nouveau quatre mois de prison. J'ai fait appel à Poitiers, on m'a condamné à six mois.

D. — Qu'aviez-vous fait?

R. — Rien. Je voulais mes droits, rentrer chez moi. En 1879, j'ai encore été condamné à six mois de prison et j'ai fait appel et j'ai encore perdu, et c'est toujours pour mon droit que je réclame.

D. — Sorti de prison le 25 octobre, vous avez été incarcéré de nouveau le 28 du même mois?

R. -- Oui, parce que j'ai cherché à rentrer chez moi; la porte était fermée, je l'ai brisée avec une pierre.

D. — Et lorsque vous sortirez d'ici?

R. — Eh bien! j'irai dans ma maison.

D. — Et on vous arrêtera.

R. — Je reviendrai en prison. Toujours comme cela, tant que ça durera.

B... n'a jamais présenté d'hallucinations, mais il a des prédispositions héréditaires et, fait particulier, un de ses oncles a écrit plus de trois cents lettres au parquet sur le même sujet. Il commençait invariablement par ces mots : « C'est la deux centième, la deux cent quatre-vingt-dix-neuvième fois que je vous écris, pour..., etc. »

Pendant les nombreuses années de son séjour à l'asile de Lafond, où il avait fini par être placé comme irresponsable,

B... n'a cessé d'y réclamer des avocats pour plaider son procès, de penser à sa maison et de protester contre l'expropriation illégale selon lui qui l'avait dépouillé.

Jusqu'à son dernier jour, il a déclaré qu'il plaiderait et qu'il rentrerait dans sa maison.

Obs. II (personnelle). — M... est inculpé de coups volontaires avec outrages aux gendarmes.

Il a été condamné à la prison à plusieurs reprises en police correctionnelle pour ses violences répétées, et a été soumis deux fois à des examens médico-légaux, à la suite desquels il a été déclaré responsable de ses actes.

Néanmoins, les actes de violence persistant, se renouvelant toujours de la même façon, le fait parut absolument anormal aux magistrats et M... fut soumis à mon observation à l'asile de Lafond.

La tête est irrégulière, le front est aplati du côté droit et, en revanche, la partie postérieure de la tête est plus développée à droite qu'à gauche. Les lobules de l'oreille sont soudés et les pavillons de l'oreille en éventail.

M... cause facilement, avec intelligence et avec suite. Sa mémoire est parfaitement conservée; il est défiant et se livre difficilement. Il a toutes les apparences d'un homme raisonnable.

La scène change dès qu'on lui parle de ses affaires d'intérêt. Aussitôt, il affirme qu'on l'a dépossédé, qu'on s'est emparé de biens qui sont sa propriété.

Il reconnaît bien avoir signé des actes devant le notaire, mais ces actes sont faux. Le notaire l'a trompé, il revendique d'une façon absolue la propriété de champs qu'il déclare lui-même cédés par un acte signé par lui-même.

De même pour sa femme, on la lui a retirée; c'est pour cela qu'il s'est rendu chez des personnes voisines pour la ramener chez lui et qu'il a brisé leur porte. Car il la voyait souvent et il l'a même montrée à une laveuse du pays.

D'ailleurs, ce ne sont pas seulement des parents qui l'ont dépouillé, des voisins s'entendent pour l'empêcher de gagner sa vie.

Il a entendu R... dans les champs dire, à 100 mètres de distance, à un autre voisin : « Nous le tenons, il sera bien obligé maintenant de venir nous trouver » ; et, une autre fois, le même R... dire dans les champs à une distance aussi éloignée : « Il ne faut pas l'employer. »

Un autre jour, il entend les mêmes voix dans un chai situé à 25 mètres de sa maison, lui-même étant à l'intérieur de son logis : « Maintenant qu'il est sans le sou, il faudra bien qu'il se décide à nous demander secours. »

Enfin, dans une cour voisine de la sienne et séparée par un mur de 7 à 8 mètres de hauteur, il a entendu ces mêmes personnes émettre la crainte d'être obligées de rendre les terrains qu'il revendique.

Il s'agit bien là d'hallucinations, soit de la vue, soit de l'ouïe, la femme de M... en particulier ayant été obligée de quitter son mari depuis plusieurs années et d'aller habiter au loin.

En réalité, M.... avec toutes les apparences de la raison, était atteint de troubles mentaux caractérisés par la croyance qu'on l'a dépossédé de biens qu'il avait lui-même vendus par-devant notaire.

Je n'hésitai pas à le déclarer irresponsable.

Pendant les trois années qu'il a séjourné à l'asile de Lafond, M... n'a cessé de récriminer et de réclamer ses biens ; à diverses reprises, il *refusa les aliments*, disant qu'on *l'empoisonnait* ; s'est éteint, il y a quelques mois, sans avoir renoncé un seul instant à aucune de ses idées délirantes.

Obs. III. — B... a été condamné à plusieurs reprises à la prison, en police correctionnelle, pour avoir voulu entrer en possession de biens qu'il prétend lui appartenir.

Il subit, au moment de l'examen médico-légal, une condamnation à plusieurs mois de prison, pour répétition des actes, toujours les mêmes, qui ont motivé les précédentes condamnations.

L'origine des actes incriminés remonte à plusieurs années. B... aurait appris la mort d'un oncle décédé en Autriche. Cet oncle lui aurait, affirme-t-il, laissé un héritage de plusieurs millions.

B... et sa femme s'étaient donné leurs biens au dernier survivant ; la sœur de sa femme étant décédée, il considère, bien que sa belle-sœur ait laissé une fille, que tout l'héritage lui appartient.

De là, courses continuelles chez les notaires et les avoués de La Rochelle, auxquels il récite tous les articles du Code qu'il croit s'adapter à son affaire.

Delaissé progressivement par les hommes d'affaires, il décide de faire un voyage en Autriche. Il se rend chez le consul fran-

çais, le procureur impérial et dans les bureaux de police, et finit par se faire reconduire à la frontière.

De retour en France, il continue ses démarches, met tout le monde en mouvement, écrit aux ministres des Affaires étrangères, de la Justice, au Président de la République.

En 1896, sa femme vient à mourir. A partir de ce moment, les troubles hallucinatoires deviennent très fréquents. Car, nous dit-il, « quand on est mort, tout n'est pas mort ; actuellement, c'est l'âme de ma femme qui me prévient, et chaque fois que, pour mon affaire, il doit se passer des choses nouvelles, j'en suis prévenu.

« Ça a surtout commencé dès qu'il y a eu des démarches pour faire vendre ma maison. J'ai entendu des bruits de tous genres. On frappait aux carreaux, la nuit, quatre coups ; on venait frapper sur mon traversin, puis on frappait dans les murs en s'approchant de moi. C'était parfois le chandelier sur ma table de nuit qui était remué. Des nuits entières, on frappait dans les murs, aux portes. J'ai entendu, dans un placard où j'ai quelques bouteilles, un bruit infernal.

« Tous ces bruits étaient pour me prévenir de ce qui allait se passer, du nouveau qui allait se produire à propos de mon affaire. En effet, le lendemain ou le surlendemain, il y avait quelque chose de neuf. C'est providentiel. Oui, je le crois, c'est l'âme de ma femme qui vient me prévenir de tous ces changements relatifs à mon héritage. Aussi, je ne veux pas me soumettre, les autres n'ont pas de droits, ils profitent de ce que je n'ai pas d'argent pour me faire toutes ces histoires. Je veux mes droits. Toute cette fortune me va et à moi seul, parce que ma femme m'a donné tout sans exception ni réserves et que ma nièce n'a aucun droit. Cette fortune m'appartient pour trois motifs : par perception, par prescription et par donation.

« On sait si bien que cette fortune me revient, qu'en Autriche on a voulu me faire abandonner mes droits en m'offrant 500.000 francs. Ah ! monsieur, il faut que je sois d'une force peu commune, d'une intelligence exceptionnelle pour avoir pu résister à ces événements. Sur dix personnes, neuf auraient eu la tête perdue. J'ai tort, peut-être, de vous raconter tout cela, car, si l'on prend connaissance de ce que je vous raconte, on dira : cet homme est fou. »

B..., à diverses reprises, a eu en Autriche des *idées d'empoisonnement*. Il ne touchait aux aliments et particulièrement au vin, qu'après les avoir fait goûter par des tiers.

Les conclusions de mon rapport furent les suivantes :

« B... continuera, tant qu'il sera en liberté, à revendiquer les récoltes de la propriété de S..., parce que, dit-il, cette maison fait partie de la succession de sa femme et que cette maison lui appartient à lui seul et n'a pu être vendue, etc.

« Il rentre dans la catégorie de ces malades atteints de délire de dépossession avec interprétations délirantes, tendances processives et hallucinations très nettes qui influent d'autant plus sur son délire qu'elles ont presque revêtu un caractère mystique. En conséquence, B... doit être déclaré irresponsable. »

B..., qui est encore à l'établissement, est fort calme, cause avec suite, mais conserve toutes ses idées délirantes de revendication, et déclare qu'il n'a qu'un but : c'est, lorsqu'il sera sorti de l'asile, de rentrer en possession des biens dont on l'a frustré.

Je pourrais ajouter quelques observations de même genre aux trois faits que je viens de relater brièvement. Ils n'ajouteraient rien à la valeur de la démonstration.

Ces trois observations prouvent, en effet, l'existence nosologique du délire de dépossession ou de revendication, comme on voudra l'appeler, formementale qui survient à propos d'un fait souvent réel, surtout chez les héréditaires ou les dégénérés.

Comme je l'ai dit au début de cette étude, ces malades ont toutes les apparences de la raison ; ils en imposent facilement aux magistrats et aux médecins et je rappellerai que mes trois malades ont été condamnés par les tribunaux civils à l'emprisonnement en raison de leurs violences et ces violences étaient commises pour revendiquer les biens dont ils avaient été, disaient-ils, dépossédés.

L'un d'entre eux (Observation II) a été déclaré responsable par plusieurs de nos confrères.

C'est qu'en réalité les individus de ce genre sont très réticents, cachent leur délire et ce n'est qu'en les observant longtemps qu'il est parfois possible de se faire une opinion exacte sur leur situation mentale.

En ce qui concerne particulièrement les hallucinations que la plupart des auteurs que j'ai cités considèrent comme n'existant pas chez les revendicateurs ou les dépossédés, deux de mes observations démontrent, au contraire, que leur existence est assez fréquente. Il est probable que ces hallucinations, qu'elles soient d'ailleurs ou primitives ou secondaires, ont pu échapper aux observateurs ; car ces aliénés savent parfaitement déguiser ces troubles hallucinatoires qui font partie intégrante de leur délire et permettent aussi d'affirmer davantage le diagnostic et l'irresponsabilité du délinquant.

Les faits de cette nature sont encore relativement peu connus et, comme ils peuvent en somme avoir une importance réelle au point de vue médico légal, en diminuant le nombre des aliénés méconnus, j'ai cru devoir en relater quelques-uns.

Cette note avait été, depuis plusieurs mois déjà, adressée à la rédaction des *Annales médico-psychologiques* lorsqu'il m'a été donné d'examiner au point de vue médico-légal le nommé S...

Cet homme était inculpé de menaces de mort contre le possesseur légal d'une propriété lui appartenant et qui avait été vendue à la barre du tribunal, en vertu d'une décision judiciaire.

Je crois devoir d'autant mieux résumer l'observation de S... que je me suis vu en butte à une série de dénunciations tendant à faire croire à une séquestration arbitraire.

Rapport médico-légal résumé. — La tête est petite et asymétrique, les oreilles sont déformées.

S... a l'aspect général d'un individu débile physiquement, mais surtout mentalement. Il s'excite en racontant son affaire, parle avec une certaine animation, mais ne sort pas de son

système de défense. Il ne peut admettre qu'on ait vendu son bien qui, affirme-t-il, n'était grevé d'aucune hypothèque.

Par conséquent, il ne peut pas voir dans sa propriété le nommé B...; qui aurait acheté cette propriété et se permet d'y apporter des modifications. C'est pour cela qu'il arrache les arbres, parce que celui-ci a fait mettre ses meubles dehors et apposer des scellés sur sa maison,

Extrait de l'enquête, 11 avril 1902. — Déposition de S...

« Il y a environ cinq ou six jours, j'ai arraché six pommiers morts dans *mon* verger, et je dis *mon* verger parce que c'est ma propriété et non celle de B...; car si je le trouve dans *ma* propriété, soit de jour, soit de nuit, je lui f... un coup de fusil. J'ai dit ceci devant M. le maire de Vandr  et le répète devant vous. Que B... me prouve, titres en mains, que ma propriété est à lui et en vertu de quelle loi elle lui a été dévolue, et j'ob irai à la dite loi; mais en attendant cette preuve qui ne peut pas se faire, j'entends rester le seul maître de mes terres et je ne veux pas y voir B..., ou sinon je le tue. »

« M. le maire de Vandr  nous a déclaré qu'en effet le nommé S... avait dit en sa présence qu'il tuerait le nommé B..., si celui-ci entraît dans sa propriété, que c'était en vain que depuis longtemps il essayait de ramener S...   de meilleurs sentiments, et que cet homme cependant laborieux et tranquille, n'ayant jamais eu de condamnations, ne pouvait se résoudre à croire que son bien avait été adjugé par le tribunal de Rochefort au sieur D..., qui s'en est rendu l'acquéreur par surenchère. »

S... a déclaré au juge qu'il tirerait sur B... un coup de fusil s'il continuait à aller sur sa propriété. Mais il ne veut avoir que le bon droit pour lui; il ne demande qu'une chose, la justice et non pas l'injustice.

Il ne se rendra à l'évidence qu'autant qu'on lui aura montré un acte fait en due forme, constatant la vente à B... de la propriété. Or, comme cela n'est pas possible, qu'on le laisse donc en paix et rester tranquillement dans sa propriété.

Il est impossible, dans les divers interrogatoires que nous avons fait subir à S..., de le sortir de cet ordre d'idées; et par le fait même, il semble bien qu'on ait affaire à une idée fixe.

A mon avis, le nommé S... rentre dans la catégorie de l'affection mentale décrite depuis quelques années sous le nom de délire de dépossession.

Chez ces malades, on note toujours un point de départ exact :

l'expropriation, par exemple, en vertu d'un jugement régulièrement rendu.

Or, ce jugement, ils n'en conteste même pas la validité, mais il en conteste la réalité. *Pour cette variété d'aliénés, rien de la procédure qui les a dépossédés ne semble exister.* C'est dans ce fait même que semble souvent résider le point de départ de l'idée délirante qui les porte à s'insurger contre l'accaparement d'une propriété qu'ils prétendent leur appartenir, bien qu'elle ait été vendue, régulièrement vendue.

Ils envahissent cette propriété qu'ils prétendent la leur, arrachent les arbres, comme dans le cas présent, et deviennent capables, à un moment donné, des actes les plus dangereux. Que les tribunaux viennent à les condamner, ils recommencent à se livrer aux mêmes actes dès leur sortie de la prison.

En l'espèce S... fait des menaces de mort contre le propriétaire réel de son ancienne propriété. Ce « délire de dépossession » survient surtout chez les faibles d'esprit ou les dégénérés.

Or, S... porte l'empreinte de la débilité et de la dégénérescence mentales.

Pour ces motifs, j'estime que le nommé S..., doit être considéré comme irresponsable et je considère, en raison des menaces de mort qu'il a réitérées contre ses DÉPOSSESSEURS, qu'il est dangereux pour l'ordre public et la sécurité des personnes.

Conformément à mon rapport, le nommé S... a été déclaré irresponsable et maintenu à l'asile de Lafond.

Son état ne s'est pas modifié au point de vue de ses revendications, et le délire de dépossession reste toujours le même.

Mais, phénomène important, le délire de dépossession s'est compliqué, et S... depuis un mois ne se cantonne plus uniquement dans son délire primitif.

Un délire nouveau s'est manifesté brusquement chez cet aliéné.

S... actuellement se dit : ROI DE FRANCE, ROI DES ROIS. Il s'excite souvent contre son déposseur, parle contre lui pendant des heures entières, même pendant la nuit, m'accuse « d'exciter les nations les unes contre les autres », etc.

Déjà, dans l'observation II, j'avais noté l'existence d'idées d'empoisonnement survenant plusieurs années après les idées de dépossession. De même, dans l'observation III, j'ai relaté des idées d'empoisonnement transitoires et des tendances orgueilleuses.

Il s'ensuit, fait qui ne me paraît pas avoir été encore signalé, que le délire de dépossession *tend à un moment donné à se compliquer d'autres idées délirantes surajoutées*. Seul notre malade I semble avoir conservé sans aucun alliage l'idée pure de dépossession.

Dans le cours de ce travail, j'avais noté aussi l'existence d'hallucinations que je tendrais volontiers à considérer comme secondaires, au même titre que les interprétations délirantes surajoutées.

En ce qui concerne l'apparition d'un délire de grandeur chez S..., le fait ne me semble pas par lui-même avoir un caractère anormal, *a priori*.

S..., je le rappelle, est un débile. Il a été « dépossédé d'emblée », de même qu'il est devenu roi des rois « d'emblée », sans qu'on puisse reconnaître un caractère évolutif fixe à sa psychose.

Je crois néanmoins qu'on pourrait toujours rechercher chez les dépossédés la *tendance orgueilleuse* qui les porte à n'accepter que leurs conceptions personnelles et à se placer au-dessus des lois et des décisions judiciaires les moins susceptibles de prêter à la discussion.

Législation

—

DE LA PROTECTION

DE LA

FORTUNE DES MALADES

DANS LES

ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS

CE QU'ELLE EST — CE QU'ELLE DOIT ÊTRE

Par le Dr Samuel GARNIER

Directeur médecin en chef de l'asile de Dijon.

*Mémoire couronné par la Société médico-psychologique
(Prix Semelaigne).*

Suite et fin (1).

CHAPITRE. IV.

OPINIONS DES MÉDECINS SPÉCIALISTES SUR L'INSUFFISANCE
DE LA LOI DE 1838, AU POINT DE VUE DE LA PROTEC-
TION DES BIENS DES ALIÉNÉS SÉQUESTRÉS. — OBSER-
VATIONS A L'APPUI.

Si les archives des asiles d'aliénés pouvaient être minutieusement fouillées, innombrables seraient les faits mis en lumière, qui démontreraient combien la loi de 1838 est incomplète, dans le sens d'une protection

(1) Voir les *Annales* de novembre-décembre 1901, janvier-février, mars-avril, mai-juin, septembre-octobre et novembre-décembre 1902.

sûre des biens des malades ; et si ces recherches étaient poursuivies dans les maisons de santé, on découvrirait de véritables spoliations, parce que ces établissements ont une clientèle beaucoup plus fortunée que celle des établissements publics. Dans ces derniers, qui peuvent hospitaliser à la fois des malades au compte des familles et au compte du département et des communes, il est certain que les premiers seront souvent interdits ; mais alors, pourvu que leur pension soit régulièrement acquittée, qui pourra s'aviser, la loi de 1838 à la main, de veiller à la bonne gestion des biens en contrôlant les tuteurs ? Si pour les aliénés au compte des familles et à la charge du département, il existe bien, quand ils ne sont pas interdits, un administrateur provisoire des biens, il sera souvent d'autant plus impuissant, qu'il n'est avisé du placement que lorsque des détournements ont déjà pu se produire, et qu'il est ensuite mal renseigné sur l'importance des biens qu'il doit administrer. Et en effet pour les aliénés pensionnaires, il évite presque toujours de s'immiscer dans leurs affaires d'intérêt, sauf dans le cas où la pension ne serait plus payée, et alors son intervention est trop tardive ; et pour les seconds, la situation ne comporte guère son intervention, leurs maigres ressources étant souvent dissimulées à l'administration. Écoutons sur ce dernier point les doléances d'un administrateur, qui proposait en 1864 au préfet de son département différentes mesures capables, selon lui, de faciliter la recherche des droits mobiliers et immobiliers de tout aliéné placé d'office.

« Il est trop certain, disait-il, que la plupart des familles ne se font pas scrupule de s'approprier les ressources des malheureux dont elles obtiennent l'internement. C'est une spoliation qui blesse profondément la justice.

« Interroger les maires n'est pas toujours un sûr moyen de connaître la vérité. Il s'en rencontre qui la dissimulent pour se rendre agréables aux parents de l'interné.

« On obtiendrait des informations plus précises en consultant les juges de paix, si trop souvent ils n'acceptaient de confiance les rapports qu'ils ont cru devoir demander aux maires.

« Pour arriver à quelque certitude sur les ressources des personnes dont l'entrée à l'asile est demandée, il serait opportun sans négliger les autres moyens d'information, de réclamer un extrait de la matrice cadastrale indiquant les propriétés portées, soit au nom de l'aliéné lui-même, soit au nom du père de famille. On aurait ainsi une notion à peu près exacte de ce que possède actuellement l'aliéné et de ce qui peut lui advenir plus tard.

« Le receveur de l'enregistrement du canton pourrait de son côté fournir d'utiles indications.

« Avec ces données un peu plus précises, un administrateur provisoire parviendrait à faire entrer dans la caisse de l'asile des sommes qui sont encore détournées. En effet, le refrain ordinaire des gens amenés à restitution, c'est qu'ils en connaissent bien d'autres qui ne paient rien du tout ».

La situation a-t-elle changé depuis l'époque où ces lignes étaient écrites ? Certes non, et on peut même dire qu'elle s'est aggravée encore, vu l'importance considérable du développement des valeurs mobilières depuis 1864.

J'avais le dessein primitif de rapporter ici le plus grand nombre possible de cas où l'avoir des malades aurait été compromis, dissipé par des tuteurs, mandataires, proches, etc., et où leurs revenus personnels auraient été détournés en tout ou en partie, temporaire-

ment ou définitivement, par les mêmes personnes. Dans ce but, j'avais fait appel à la collaboration de mes confrères des asiles, en leur demandant de me résumer les faits rentrant dans mon programme. La plupart d'entre eux, à mon vif regret, m'ont fait des réponses négatives, tout en me déclarant avoir la certitude personnelle que les aliénés sont trop souvent exploités par leurs parents. L'un d'eux m'a fait observer, en s'excusant de ne pouvoir me donner satisfaction, que pour formuler des accusations toujours graves, il fallait avoir des preuves irréfutables à l'appui; et encore était-ce là un terrain où il pourrait être dangereux de s'aventurer. La très grande majorité de mes correspondants a été d'avis qu'une lacune grave existe certainement dans notre loi actuelle sur le régime des aliénés, au point de vue de la protection de leurs biens, parce que bien des fois, lorsque plusieurs jours se sont écoulés avant que l'administrateur provisoire des biens soit prévenu de l'entrée du malade à l'asile, des détournements graves et des abus de confiance peuvent facilement, sans aucun contrôle, se commettre au détriment des malades. Le cas a même paru plus particulièrement fréquent à un de nos collègues, car il lui aurait été donné, très souvent, disait-il, et ceci peut viser plus spécialement les maisons de santé, de voir un tuteur profiter sans pudeur des revenus d'un aliéné interné, en se les appropriant, en vivant même et n'en consacrant qu'une petite portion à l'entretien du malade, qui pen à pen de la 1^{re} classe descend tous les échelons jusqu'à la dernière.

Si de tels faits sont d'une observation quasi-courante pour un médecin d'asile public, quelles révélations pourrait faire dans cet ordre d'idées le médecin d'une maison de santé ! Que de blancs-seings peuvent être arrachés si le malade n'est pas interdit ! Mais il importe peu en somme d'apporter une moisson abondante

d'observations d'aliénés internés dont le patrimoine a été dilapidé, dont les revenus ont été détournés par des parents ; du moment où un seul fait authentique de cette espèce pourrait être publié, les lacunes de la loi seraient suffisamment éclatantes, car : *Ab uno disce omnes.*

Sous le bénéfice de cette réserve, les observations qui seront rapportées dans mon travail paraîtront suffisamment démonstratives, quoique peu nombreuses, pour les différents motifs indiqués plus haut.

Je les diviserai en deux groupes : le premier renfermant les cas où le malade séquestré était interdit, et le second ceux où il ne l'était pas. Enfin je terminerai par deux exemples très récents, des plus suggestifs au point de vue de l'exploitation de l'aliéné, exemples qui de leur côté montreront combien, sur la question qui nous occupe, une réforme de la loi de 1838 s'impose d'urgence.

A. — Cas où le malade séquestré était interdit.

OBSERVATION I. — (Due à l'obligeance du directeur de l'asile d'A...).

SOMMAIRE. — *Patrimoine d'une malade interdite totalement dissipé par son tuteur. — Indigence ultérieure de l'aliénée.*

M^{lle} H..., actuellement présente à l'asile d'A... comme indigente au compte du département et de la commune, avait été d'abord placée comme pensionnaire le 27 janvier 1883. Successivement elle descendit les échelons pour devenir indigente. Elle avait été interdite par jugement du 21 novembre 1893, et son frère, nommé tuteur à la suite du jugement, dilapida les ressources de la malade (insuffisance manifeste de la loi du 27 février 1880 à l'effet d'en empêcher). Comme il laissait en outre un arriéré de 275 francs sur la pension, avant le passage de la pupille à l'indigence, il fut poursuivi ; mais il établit facilement que, réfugié chez un de ses frères, il n'avait aucune ressource ; de sorte qu'on le laissa tranquille.

Réflexions. — Cette observation est typique. Voilà un tuteur contrôlé théoriquement par un subrogé-tuteur, et qui doit en outre se conformer s'il y a lieu à la loi de 1880 pour les valeurs mobilières de la malade, qui dissipe cependant entièrement le patrimoine remis entre ses mains ; et il n'y a aucune sanction. On comprendra facilement que de tels faits ne devraient plus pouvoir se produire. C'est ce qui peut cependant arriver encore chaque jour, tant que la loi de 1838 ne sera pas révisée dans le sens d'une protection pratique et effective.

OBSERVATION II. — (Due à l'obligeance du directeur de l'asile de M...).

SOMMAIRE. — *Fortune entièrement dissipée par deux tuteurs successifs. — Malade tombé ensuite dans l'indigence au compte du département et de la commune.*

M. Th... entre à l'asile de M..., dans le cours de 1878, possédant des revenus largement suffisants pour y acquitter une pension de 1^{re} classe (avec domestique particulier), qui était à l'époque de 6 fr. 50 par jour.

Par suite de la mauvaise gestion des biens de cet aliéné interdit, par deux de ses tuteurs qui ont été successivement destitués par le conseil de famille, ce malheureux est descendu de la première à la deuxième classe, puis à la troisième et ensuite à la quatrième classe. Il est définitivement tombé dans l'indigence, au compte de son département d'origine.

L'ancien tuteur, frère du malade, s'est enfui après avoir compromis l'avoir de son pupille et être tombé lui-même en pleine déconfiture. On a su plus tard qu'il était à Paris, sans aucune ressource, qu'il n'avait pas d'emploi et se trouvait par conséquent insolvable. L'asile a perdu de ce fait 1.174 fr. 78, montant de la dernière pension du malade qui n'a pas été payée pendant plus d'un an.

Réflexions. — S'il est vrai de dire qu'à l'époque où se passaient les faits relatés, la loi du 27 février 1880

relative aux valeurs mobilières appartenant aux interdits n'existait pas, ce serait une erreur de croire qu'elle aurait pu protéger la fortune de l'aliéné en question, la mesure de la destitution de deux tuteurs successifs par le Conseil de famille ayant été même impuissante à conserver les débris d'une fortune déjà très compromise par eux.

Les formalités exigées pour l'aliénation des immeubles d'un mineur ou d'un interdit sont des garanties qui n'existent pas quand il s'agit de valeurs mobilières, titres au porteur, etc.; et le patrimoine d'un interdit peut parfaitement être exclusivement composé de ceux-ci. Les exigences de la loi en préparation, et surtout un inventaire de la fortune du malade dans les vingt-quatre heures de son placement, empêcheront sûrement le retour de pareilles spoliations.

OBSERVATION III. — (Due à l'obligeance du directeur de l'asile d'A...).

SOMMAIRE. — *Avoir entièrement compromis par un tuteur. — Malade interdite tombée dans l'indigence.*

M^{lle} B... entra à l'asile d'A... comme pensionnaire, le 16 juillet 1863. Elle était interdite. Son tuteur avait placé l'avoir de la malade chez un M. D..., notaire à A... Ce dernier fit banqueroute, et l'avoir de la malade fut tout à fait compromis. Un deuxième tuteur solda difficilement l'arriéré de la pension de la malade avec le dividende provenant de la liquidation du notaire en déconfiture, mais ne put exercer aucune action civile contre la succession du premier tuteur, mort dans la misère; de sorte que la malade tomba à la charge du département.

Réflexions. — Cette observation quoique incomplète, en ce qu'elle est muette sur la date à laquelle le premier tuteur confia le patrimoine au notaire, est suffisamment probante pour notre thèse. Aucun texte de la

loi de 1838 ne permettait de sauvegarder les intérêts de l'aliénée, et de surveiller le tuteur dans son mode de gérer les biens. Si le placement fait par le tuteur est antérieur à la loi du 27 février 1880, il faut reconnaître que celle-ci ent protégé jusqu'à un certain point les valeurs de la malade; mais s'il est postérieur, on devra bien avouer que cette loi qui fut un progrès est encore insuffisante et qu'il faut autre chose de plus efficace. C'est la surveillance étroite du tuteur dans les conditions du projet de loi Dubief.

B. — Cas où le malade n'était pas interdit.

OBSERVATION I. — (Personnelle).

SOMMAIRE. — *Patrimoine de l'aliéné absorbé par ses parents de son vivant.*

Le 10 mars 1862, la nommée Marguerite S... est placée à l'asile d'office comme indigente. Le 2 août 1864, c'est-à-dire plus de deux ans après, M. l'administrateur provisoire des biens apprend par hasard qu'elle possède un petit avoir net de 714 francs, lui provenant de la succession de ses parents. Il écrit au juge de paix, et on découvre alors que ses six frères et sœurs se sont partagés par égale part cette petite somme. L'affaire en est restée là.

Réflexions. — Cette observation est intéressante dans son genre : elle prouve d'abord que pour beaucoup de personnes, la séquestration dans un asile d'un parent aliéné équivaut à une sorte de mort civile, qui permet de disposer valablement des biens du quasi défunt. Ce sentiment est plus répandu qu'on ne croit ; d'autre part, elle montre que l'administrateur des biens, informé si tard de l'existence d'un petit avoir appartenant à la malade, ne peut plus intervenir fructueusement. Tout cela ne serait pas arrivé si dans les vingt-quatre heures la loi avait prescrit de dresser un inventaire des

meubles et immeubles appartenant à la malade, comme l'indique le paragraphe additionnel que je propose d'ajouter au projet Dubief.

OBSERVATION II. — (Due à l'obligeance du directeur de l'asile d'A...).

SOMMAIRE. — *Valeurs mobilières indûment détenues par le frère d'une aliénée séquestrée. — Intervention tardive de l'administrateur des biens.*

La nommée B..., célibataire, est transférée le 16 octobre 1897 des asiles de la Seine dans l'asile de son département. Elle possédait 5 à 6.000 francs de titres et valeurs diverses, provenant de la succession de son père et d'un partage anticipé fait par sa mère le 30 décembre 1884. Dans un accès délirant elle était venue se réfugier, emportant ses valeurs, chez son frère domicilié dans le département de la Seine. Après son internement, le frère qui avait conservé les fonds, refusa d'en donner la nomenclature; l'administrateur provisoire fit procéder à un récolement d'inventaire, le 16 août 1898, à la suite duquel le frère finit par verser les fonds à la date du 16 décembre 1898, à la caisse du receveur de l'asile d'A...

Réflexions. — Après l'intervention de l'administrateur des biens des aliénés non interdits, le frère de la malade a fini par s'exécuter en restituant les fonds de sa sœur; mais il avait eu ces fonds pendant un an à sa disposition, et que serait-il arrivé s'il les avait gaspillés? Une perte sèche en serait résultée pour la malade, sans recours possible, si son frère avait fait de mauvaises affaires. Un pareil aléa ne serait pas possible si dès le début de l'internement, on devait dresser un inventaire des valeurs de l'aliéné, et par conséquent les faire restituer immédiatement.

OBSERVATION III. — (Due à l'obligeance du directeur de l'asile d'E...).

SOMMAIRE. — *Avoir compromis par un frère mandataire.
Intervention de la Commission de surveillance.*

Le nommé X... est entré à l'asile d'E... à la fin de 1872. Avant son admission, ce malade avait confié, avec ou sans connaissance de cause, la gestion de ses affaires à l'un de ses frères.

Par suite de l'inconduite et de l'incapacité de ce dernier, cette gestion ayant passé entre les mains de son fils, sans qu'aucun revenu ait été versé à l'asile, la Commission de surveillance, en 1876, chargea M. l'administrateur de procéder à une enquête avec l'entremise de M. le Procureur de la République.

Au cours de cette enquête, le deuxième mandataire du malade fit savoir que son père avait bien touché certaines sommes ; mais il affirma que personnellement il n'avait rien reçu.

La fausseté de son allégation lui fut démontrée par M. l'administrateur provisoire, qui le menaça de faire intervenir M. le Procureur.

Contraint de se présenter à l'asile, le neveu du malade X... signa, après de nombreuses explications, en présence de la Commission de surveillance, une reconnaissance d'environ 7.000 francs, avec obligation de conférer au profit de son oncle une garantie hypothécaire suffisante et de servir jusqu'au remboursement l'intérêt de ladite somme à 5 p. 100. Cette reconnaissance a été ratifiée par un acte notarié et le débiteur s'est acquitté de ses engagements jusqu'à la mort de son oncle.

Réflexions. — Il est probable, bien que l'observation n'en fasse pas mention, qu'il s'agissait dans l'espèce d'un aliéné pensionnaire ; mais il y a lieu de remarquer que la commission de surveillance n'exerça son rôle protecteur que lorsqu'aucun revenu ne fut versé dans la caisse de l'établissement. Jusqu'à ce moment elle s'était tenue tranquille ; et si on avait continué de payer, tout en gaspillant l'avoir du malade, la situation eût été encore plus compromise. Heureusement, le mandataire étant

venu à mourir et la pension n'étant pas payée, l'intervention de la commission protégea à la fois et les intérêts du malade et ceux de l'établissement; mais ce fut surtout à cause des intérêts de ce dernier qu'elle donna signe de vie, ce qui est significatif de l'insuffisance de son rôle protecteur des intérêts du malade.

OBSERVATION IV. — (Personnelle).

SOMMAIRE. — *Jouissance indue pendant onze ans par le frère de la malade. — Perte des revenus de son patrimoine territorial.*

La nommée Marie S... est séquestrée au compte du département à l'asile de D..., le 5 décembre 1853. Elle possédait quatre parcelles de vignes d'une contenance de 10 ares estimées 370 francs.

Le 7 juillet 1864, onze ans après, M. l'administrateur provisoire est informé par M. le Préfet qu'un frère de la malade jouit de ces parcelles, et l'invite à faire diligence pour lui faire verser les revenus. Les poursuites n'ont pas abouti, car l'individu était insolvable; et par décision de M. l'administrateur du 18 novembre 1865, elles ont été abandonnées.

Réflexions. — Cette simple observation a son éloquence, malgré le peu d'importance de la somme distraite au détriment de la malade. Connaître seulement onze ans après l'internement d'une malade qu'elle possède quelque avoir semble colossal. Au lieu d'un très maigre patrimoine, il aurait pu se trouver quelques milliers de francs, qui, une fois détournés, auraient disparu définitivement. Les dispositions du projet de loi, et surtout la déclaration obligatoire que je propose d'adjoindre dans un paragraphe additionnel, empêcheront le retour de pareils abus.

OBSERVATION V. — (Personnelle).

SOMMAIRE. — *Jouissance indue pendant quatre ans des fermages d'une aliénée séquestrée.*

La nommée A..., femme M..., entre à l'asile de D... par un arrêté de M. le Préfet, le 9 mai 1881.

Son mari vient à décéder en juin 1891; il n'y avait pas d'enfants et les époux s'étaient, par contrat de mariage, donné réciproquement l'usufruit de leur avoir.

En juillet 1894, l'administration est avisée que les immeubles ont été loués on ne sait par qui; et on découvre seulement en 1896 qu'une somme de 69 francs, due pour quatre années de fermages échus, se trouve impayée. Je n'ai pu retrouver la preuve du paiement de cette somme, dont l'aliéné qui vit encore, ou le département ont été alors frustrés.

Réflexions. — Il est évident que si, à l'entrée de la malade à l'asile, un texte légal avait obligé qui de droit à mentionner la situation réelle de cette malade, l'administrateur provisoire aurait pu veiller à ce que son avoir actuel ou celui qui pouvait lui advenir fut convenablement administré. Dans l'espèce la somme était minime; mais si la succession avait compris des valeurs mobilières importantes, des titres au porteur, en l'absence de tout contrôle, au lieu et place de la malade séquestrée, des héritiers et même des étrangers auraient pu s'en emparer et la priver de son usufruit. Ce fait emporte donc la démonstration de la facilité avec laquelle on peut spolier une malade.

OBSERVATION VI. — (Personnelle).

SOMMAIRE. — *Jouissance indue pendant vingt-six ans de parcelles de terre appartenant à une aliénée séquestrée et d'un capital de 640 francs.*

La nommée Quantine V..., célibataire, est placée d'office à l'asile de D..., le 23 août 1863.

Le 29 août 1889!!!, le maire de sa commune fait connaître qu'elle possède trois parcelles de terre cultivées par son frère et

son beau-frère, d'une valeur locative de 20 francs, et prie l'administration de prendre des mesures pour le versement de la somme.

On fait alors, à la requête de M. l'administrateur provisoire, un rappel de cinq années de fermages ; et on découvre plus encore : que le beau-frère n'aurait point payé à sa sœur malade une somme de 640 francs, pour sa part dans la licitation de bâtiments indivis (acte notarié).

A la suite d'une procédure fort longue, le capital de 640 fr. et cinq années d'intérêts furent payés en 1892, c'est-à-dire neuf ans après l'internement de la malade, encore vivante aujourd'hui.

Réflexions. — Cette observation démontre surabondamment la facilité avec laquelle on peut dissimuler l'avoir d'un aliéné séquestré. Comment expliquer, sinon par l'entente de la municipalité avec la famille, une spoliation qui a pris fin après une attente de vingt-neuf ans ? Ce fait n'aurait pu se produire si à l'appui de la demande on avait produit obligatoirement un état de ce que possédait l'aliénée, et des ressources qui pouvaient lui échoir ultérieurement.

OBSERVATION VII. — (Personnelle).

SOMMAIRE. — *Patrimoine abandonné moyennant rente viagère par un père à son fils unique, et entièrement dissipé par ce dernier pendant l'internement du père devenu aliéné, qui tomba à la charge de son département.*

Le nommé G... entre à l'asile de D..., le 2 février 1883, comme pensionnaire au compte de sa famille.

Avant son entrée, le malade avait consenti une donation de tout son avoir à son fils unique, moyennant le paiement d'une rente viagère. Le fils, qui avait pris l'engagement de payer la pension à l'asile, cessa bientôt de faire face à son engagement, ayant dissipé toute la fortune dont le père s'était dépouillé. Des poursuites engagées contre lui furent vaines, son insolvabilité ayant été reconnue complète. Non seulement l'asile fit de ce chef une perte de 1.500 francs, mais on fut obligé de demander le transfert du malade dans son département d'origine, et il fut transféré à V... le 29 mai 1886, et placé ensuite comme indigent aux frais du département.

Réflexions. — Cette situation créée par la mauvaise gestion du fils du malade, est manifestement due à une lacune de la loi actuelle, relativement à la protection de la fortune des malades séquestrés. Il était sans doute encore temps, quand le placement de ce malade a été opéré, d'empêcher le gaspillage de son patrimoine imprudemment abandonné au fils, et peut-être même de faire casser la donation; mais la loi actuelle n'a prévu aucun contrôle dans l'espèce. Qui avait mission pour intervenir? Tant que la pension a été régulièrement payée, aucune intervention n'était possible; et lorsqu'elle se produisit, il était trop tard. Habituellement, les pensions sont recouvrées sur les parents avec tempérament, et volontiers des délais leur sont accordés pour se libérer. Pendant ce temps, la situation peut s'aggraver encore sans contrôle et souvent, en même temps que les intérêts de l'établissement sont lésés, ceux du malade sont irrémédiablement compromis. Il n'en serait pas de même si des précautions étaient prises dans le sens indiqué, tant dans le projet Dubief que dans le paragraphe additionnel que j'ai proposé, relatif à l'inventaire obligatoire immédiat des biens de l'aliéné séquestré.

C. — Cas particuliers.

OBSERVATION I. — (Personnelle).

SOMMAIRE. — *Institution testamentaire d'un légataire universel par la malade avant son entrée à l'asile. — Plainte ultérieure de l'aliénée au parquet, pour déclarer que le susdit testament était entaché de dol. — Enquête infructueuse au point de la recherche du prétendu testament. — A la mort de la malade, sept ans après, production du testament. — Abandon de celui-ci par la bénéficiaire, en présence de l'éventualité certaine de l'annulation des dispositions qu'il contenait en sa faveur.*

Anne G..., veuve G..., sans enfants, atteinte de délire des persécutions, entre à l'asile de D..., le 1^{er} octobre 1892, placée par sa sœur à la troisième classe. Cette malade possédait, du

chef de son mari défunt, une petite aisance et exploitait une maison garnie. Le médecin certificateur signalait que plusieurs mois auparavant, il avait déjà délivré à son sujet un certificat concluant à la nécessité de son internement. La pension de la malade étant régulièrement payée, M. l'administrateur des biens n'eut pas à intervenir au début, mais lorsqu'il fallut percevoir les loyers. La séquestration durait depuis six mois, lorsque la malade me fit part, à plusieurs reprises à la visite, d'agissements dont elle aurait été victime et qui avaient eu pour résultat de lui extorquer un testament. Intrigué par la précision de la plainte, je l'engageai à écrire à M. le Procureur de la République, et elle me remit pour ce magistrat, à la date du 1^{er} juin 1893, une lettre dont j'extrais les passages suivants : « Je suis veuve de X..., G..., ancien ébéniste à D..., qui m'a laissé ce qu'il possédait, en toute propriété. Il y avait longtemps que je connaissais les époux B..., et du temps de mon mari ils se tenaient à distance, et j'avais renoncé de moi-même à toute relation avec eux. Ils me savaient en bonne position et lorsqu'ils ont appris la mort de mon mari, ils se sont retrouvés, cherchant à m'attirer chez eux ; mais voyant qu'ils ne pouvaient réussir parce que je me défiais de la demande d'argent qu'ils me faisaient souvent ; et j'étais décidée à rompre avec eux, en voyant la bassesse des moyens qu'ils employaient pour s'enrichir. Ne pouvant arriver à leur fin, ils s'y sont pris d'une autre sorte. Ils m'ont fait boire des remèdes qui m'ont rendue malade, et ils m'ont enfermée chez eux et m'ont forcée à faire mon testament, il y a environ un an. Le testament est tout entier écrit de ma main, et Ap. S..., femme B..., me l'a dicté et me l'a fait antidater du mois de mars 1892. Je l'instituais ma légataire universelle, et elle était chargée de donner 200 francs de rente viagère à une cousine germaine nommée A..., Q.... Il y avait aussi quatre journaux de terre pour le petit-fils de mon propriétaire M. Ph... Je veux révoquer ce testament, il m'a été arraché par la force, il est resté en leur possession et si un jour ils osaient le produire, on reconnaîtrait la véracité des faits. Je n'avais jamais pensé à faire de testament ; je tenais à garder mon indépendance, ne sachant pas comment l'avenir distribuerait les choses pour-moi. »

Une enquête fut ordonnée par M. le Procureur, et le commissaire de police consigna dans un procès-verbal, en date du 12 juin, les renseignements suivants : « Quelque temps avant son internement, M^{me} veuve G... fit elle-même un écrit dont

une copie est ci-jointe, par lequel elle autorisait messieurs P... et B... à gérer ses affaires, si toutefois elle devenait malade ; mais ces messieurs n'ont point voulu, paraît-il, s'en occuper. Les biens de la malade sont approximativement évalués à une quarantaine de mille francs et seraient administrés par les soins de l'asile des aliénés. Les époux B... *nè possèdent pas de testament*, mais uniquement l'écrit dont une copie est ci-incluse. La malade a peut-être cru avoir fait un testament, lorsqu'elle a chargé MM. Ph... et B... d'administrer ses biens, alors qu'il ne s'agit que d'une simple autorisation de sa part. » Ces renseignements étaient absolument erronés, et comme la suite des événements le démontra, les époux B... étaient bel et bien en possession d'un testament, rédigé comme l'avait écrit la malade. Voici d'abord la copie de la procuration donnée par la malade, et dont les mandataires pensaient si bien se servir, contrairement aux allégations fournies par les intéressés au commissaire, qu'ils eurent la précaution de le faire enregistrer dès le lendemain de sa date. Voici ce document : « En cas de maladie morale ou physique, qui m'empêche d'administrer mon bien, j'autorise M. Ph..., propriétaire, rue B..., n° 3, et M. B..., professeur, rue du Ch..., à gérer mes affaires au mieux de mes intérêts. Fait à D..., le 12 juin 1892, A..., G... veuve G... — Enregistré à D... le 13 juin 1892, n° 768, reçu 3 fr. 75. » Il est probable que malgré le résultat négatif de l'enquête, le seul fait de son existence empêcha l'accomplissement par les intéressés du mandat d'affaires qui leur avait été confié ; ce qui permit à l'administrateur des biens d'intervenir sans contestation.

Les choses restèrent en l'état, lorsque la malade vint à décéder le 29 mars 1900. Les parents assistèrent au convoi funèbre, et vinrent ensuite demander à être mis en possession de ce qui appartenait à leur parente, en me demandant s'il y avait un testament. Je répondis que je l'ignorais ; mais le lendemain la femme B... vint me trouver et me déclara qu'elle possédait un testament fait le 1^{er} mars 1892, par la veuve G..., qui l'instituait légataire universelle, et me présenta l'écrit suivant sur papier timbré : « Je soussigné D..., G..., femme G..., âgée de cinquante-deux ans, demeurant à D... rue B..., n° 3, étant saine d'esprit, voulant disposer de mes biens pendant que j'en ai encore la faculté, j'ai rédigé, écrit en entier de ma main, et consigné dans le présent testament mes dispositions et ordonnances de dernière volonté, ainsi qu'il est dit ci-après : J'ins-

titue pour ma légataire universelle M^{me} A..., S..., femme B..., à laquelle je donne et lègue tout ce que je possède, meubles, objets, linge, hardes, titres de rente et propriété, pour en jouir à mon décès comme de choses lui appartenant en toute propriété, à la condition de servir une rente viagère de 200 francs, pour la vie durant, à ma cousine Anne G...; et donne comme souvenir quatre journaux de terre à M. P..., qui reviendront à son fils Marcel, après sa mort. Le présent testament rédigé, écrit en entier, daté et signé de ma main, en mon domicile, rue B..., n° 3, le 1^{er} mars 1892; Anne G..., veuve G... ». Ce testament pouvait sans contestation possible être déclaré valable, lorsque la plainte d'autrefois me revint en mémoire, et puisant dans le dossier que je venais de me faire remettre, je donnai connaissance à M^{me} B..., du contenu si explicite de la lettre du 1^{er} juin 1893, en ajoutant que lors de l'enquête prescrite, elle avait nié avoir en sa possession un testament, prétendant même qu'il y avait eu confusion, dans l'esprit de la malade, entre un testament et le mandat d'affaires qu'elle avait aussi délivré à MM. P... et B... Confuse et désappointée, M^{me} B... me remit alors le testament fait à son profit, en déclarant renoncer à s'en prévaloir. C'est ainsi que cette pièce parvint à ma connaissance, et que fut ainsi prouvé le bien fondé de la réclamation d'autrefois de la malade. Les héritiers ne pouvaient plus être inquiétés dans leur mise en possession de l'avoir de leur parente.

Réflexions. — Cette observation me semble des plus intéressantes; elle démontre d'une façon victorieuse que les biens des aliénés sont l'objet de convoitises ardentes, qu'on ne recule devant rien pour les accaparer et que les moyens à employer varient suivant les circonstances.

Il est certain que si j'avais oublié l'enquête faite jadis sur la plainte de ma malade, le testament qui lui avait été arraché, aurait dépourvu légalement ses parents dans le besoin. On ne saurait donc, dans les dispositions futures légales de la protection des biens des malades séquestrés, apporter trop de soin dans leur rédaction, de façon à pouvoir prévenir tous les faits possibles de spoliation.

OBSERVATION II. — (Personnelle).

SOMMAIRE. — *Aliénée pensionnaire ultérieurement interdite. — Gestion infidèle du tuteur et du mandataire, institué par ce tuteur, conservant les revenus de l'aliénée sans les appliquer au paiement de sa pension et obtenant même l'indigence. — Décès du tuteur. — Continuation de la gestion par le mandataire. — Absence de tuteur pendant deux ans et demi. — Tentative d'une deuxième interdiction révélatrice de la situation. — Nomination ultérieure d'un deuxième tuteur.*

La nommée P..., Justine, fille unique, célibataire, entre pour la quatrième fois à l'asile le 25 septembre 1879, placée au compte de sa famille. Sa pension de troisième classe s'élevant à 540 francs par an, non compris l'entretien, fut régulièrement acquittée par ses parents, commerçants retirés qui vinrent à décéder tous les deux sur la fin de 1882.

En 1883, son interdiction fut poursuivie à la requête d'une tante; et à la date du 2 mai 1883, un jugement du tribunal civil de D... la déclara interdite. Un nommé C..., Claude, son oncle, ayant été investi ultérieurement des fonctions de tuteur de l'interdite, son premier acte d'administration fut de solliciter le placement d'office de sa pupille au compte du département, en s'engageant à rembourser la totalité du contingent fixé pour les aliénés à la charge de ce dernier, contingent qui était à l'époque de 0 fr. 90 par jour, soit 328 fr. 50 par an. Le placement volontaire ayant alors été converti en placement d'office à la date du 1^{er} novembre 1883 avec effet rétroactif au 1^{er} octobre pour la pension, le quatrième trimestre fut payé sur le pied de 0 fr. 90 par jour. Or, à ce moment, le tuteur avait en caisse, tous frais de succession, de liquidation, de dettes des parents, etc., payés, une somme nette active de 111 fr. 55; sans compter le montant des deux trimestres d'une maison louée 380 francs par an, impôts déduits. Outre qu'on peut déjà s'étonner à bon droit que les parents aient pu vivre sans rien faire, et payer pour leur fille une pension de 540 francs, alors qu'après la liquidation de leur succession, les ressources ne permettaient plus que le paiement d'une somme de 328 fr. 50 par an, la gestion du tuteur, malgré les exigences écrites de la loi, fut d'une incurie sans exemple, comme on va le voir. On ne sait s'il acquitta les 328 fr. 50 de la pension et plus tard

365 francs, lorsque le prix de journée fut relevé de 0 fr. 10 ; car il ne put jamais fournir aucun compte des recettes et des dépenses et finalement, en 1887, remit tacitement la gestion des affaires de sa pupille à un huissier de D... qui, mandataire de ce tuteur, donna des quittances en son nom et paya tant bien que mal la pension, sans jamais présenter de compte à personne, et même obtint de ne plus payer la pension. La situation en était là en 1898, quant C..., Claude, vint à mourir le 23 août 1898 ; cette mort n'entrava en rien la marche des choses, et le même huissier continua d'administrer sans rien verser au département. Personne n'aurait pu s'aviser de rien changer à une situation que le temps consolidait encore dans son irrégularité, lorsque la malade vint à hériter pour partie en 1899 d'une parente éloignée. Malgré son interdiction, on lui notifia trois actes successifs à la requête des cohéritiers, aux dates suivantes : 15 novembre, 22 novembre 1899 et 9 janvier 1900 ; et on allait entamer une procédure en interdiction, lorsqu'on s'aperçut enfin qu'elle était interdite depuis dix-sept ans. Poussant les investigations cette fois plus loin, on découvrit que le tuteur était mort depuis deux ans et demi et qu'il n'avait pas été remplacé !... Une réunion du Conseil de famille amena la nomination d'un nouveau tuteur en avril 1900 ; celui-ci voulut se renseigner près du locataire de la maison de sa pupille, qui lui exhiba des quittances prouvant qu'il avait depuis dix ans payé régulièrement ses termes, la dernière datée du 1^{er} février 1900 et signée du mandataire du premier tuteur. D'autre part, à la préfecture, l'état des sommes dues pour frais d'entretien s'élevait à 2.740 francs ; ce qui représentait plus de sept ans de pension impayée. Il fit demander alors le compte du mandataire, qui partant de 1887 mentionnait seulement quatre années non payées au 1^{er} janvier 1900 sur la pension, et portait les trois autres en dépense, pour accuser finalement un actif total de 1.196 francs, montant présumé des excédants de recettes de chaque année qu'il détenait par devers lui. L'affaire en est encore là, et j'ai lieu de supposer que le mandataire ne sera pas inquiété.

Cependant, un examen même sommaire eut pu faire ressortir que depuis 1883, époque de la nomination du premier tuteur, qui confia en 1887 la gestion d'affaires de sa pupille à un mandataire, il avait été perçu au nom de l'aliénée, jusqu'à la fin de 1900, un minimum de ressources représentant la somme de 6.961 fr. 55 ; que pendant tout le séjour de cette aliénée, on

devait rembourser au département la somme de 5.557 fr. 80, ce qui avait donc laissé au profit de l'aliénée une somme de 1.403 fr. 75 d'actif; qu'au lieu de cela, au 1^{er} janvier 1900, il était dû au département 2.740 francs, et que le mandataire n'accusant qu'un actif de 1.196 francs, une disparition minima de 2.947 fr. 75 était évidente.

Réflexions. — Cette observation pourrait se passer de commentaires. Cependant, sur la situation de fait qu'elle révèle, savoir : que la garantie de bonne gestion des tuteurs d'aliénés n'existe pas dans notre législation actuelle; qu'un tuteur peut compromettre absolument la fortune de son pupille aliéné; que la surveillance du subrogé-tuteur est illusoire, son intérêt étant souvent d'accord avec celui du tuteur pour lui imposer une abstention complète. Enfin, n'est-ce pas inouï qu'on ait pu laisser sans tuteur, pendant deux ans et demi, une aliénée interdite, et que pour faire cesser une pareille situation, il ait fallu que la malheureuse malade héritât d'une parente. On se demande ce qui serait advenu, en l'absence de cet héritage. Le mandataire aurait continué à percevoir les fonds, sans rien verser; et ce qui dépasse la mesure, c'est que ce mandataire, après avoir été officier ministériel, fait partie aujourd'hui de la magistrature française !!!

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 27 OCTOBRE 1902

Présidence de MM. MAGNAN et MOTET

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Colin, Comar, Dide, Doutrebente, Girand, Lalanne, Lapointe, Larroussinie, Marchand, Philippe, Thivet et Trénel, membres correspondants, assistent à la séance.

Mort de MM. Dagonet et Rousselin.

M. LE PRÉSIDENT. — Messieurs, les deuils se succèdent et nous frappent douloureusement : j'ai pour la seconde fois, cette année, le triste devoir de saluer en votre nom l'un de nos Collègues les plus estimés, que la mort nous a enlevé le 4 septembre dernier.

M. Henri Dagonet, professeur agrégé de l'ancienne faculté de Strasbourg, ex-médecin en chef de l'asile de Stephansfeld, médecin honoraire de l'asile Sainte-Anne, a succombé à l'âge de quatre-vingts ans, ayant à son chevet ses enfants, ses anciens élèves devenus ses amis, ses collègues de l'asile Sainte-Anne. Et c'était dans tous les cœurs la même tristesse, les mêmes regrets : pour tous ceux qui venaient rendre hommage à Dagonet, la part du savant et celle de l'homme privé étaient égales. Aux travaux nombreux, importants, de la période active de la vie, avaient succédé les heures calmes et douces de la vie de famille la plus unie. Dagonet pouvait fouiller son passé d'un regard tranquille et fier. Il y retrouvait les succès de sa jeunesse laborieuse, le souvenir de la faculté de Strasbourg, la noble cité alsacienne, le plus près possible de laquelle il avait décidé qu'il dor-

mirait son dernier sommeil. Il y retrouvait encore la trace de son enseignement de la pathologie mentale, de son dévouement aux aliénés, soit à Stephansfeld, soit à l'asile Sainte-Anne; et, comme consécration de sa vie si bien remplie, il la voyait dans le présent, continuée par un fils digne de lui succéder, et auquel il léguait les traditions les plus pures d'honneur, de dévouement, de dignité professionnelle.

Au nom de ses collègues de l'asile de Sainte-Anne, M. le D^r Magnan a rendu à Dagonet un hommage mérité : il l'a fait avec une émotion profonde que nous avons tous partagée. La Société médico-psychologique a été représentée par M. le D^r Christian qui fut autrefois l'élève de Dagonet, qui jusqu'à la dernière heure se montra le plus fidèle, le plus dévoué des amis : il a retracé la vie du Maître, et dans une notice qu'ont publiée nos Annales, il a résumé ses travaux. Que ces témoignages d'affection, de respect, disent bien à la famille de Dagonet que son deuil est aussi le nôtre, et que nous lui adressons nos plus vives, nos plus sincères condoléances.

M. CHRISTIAN donne lecture du discours prononcé par lui aux obsèques de M. Dagonet. (V. *Ann. méd.-psych.*, numéro de septembre-octobre 1902, p. 330.)

M. LE PRÉSIDENT. — J'ai un autre décès à annoncer à notre Société : M. Rousselin, membre honoraire, est mort, il y a quelques jours, dans sa quatre-vingtième année. M. Giraud, qui a représenté aux obsèques de ce regretté collègue et l'asile Saint-Yon et l'Association mutuelle des médecins aliénistes, voudra bien nous communiquer le discours qu'il a prononcé à cette douloureuse cérémonie.

M. GIRAUD donne lecture de son discours. (V. *Ann. méd.-psych.*, numéro de novembre-décembre 1902, p. 505.)

M. LE PRÉSIDENT. — M. Dagonet a été Président de la Société médico-psychologique en 1885. Nous lèverons la séance en signe de deuil pour la reprendre dans quelques instants.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Legrain, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Une lettre de remerciements de M. Comar, nommé membre correspondant ;

3° Une lettre de remerciements de M. Médéa, de Milan, nommé membre associé étranger.

La correspondance imprimée comprend :

1° Des documents relatifs au Congrès des Sociétés savantes qui se tiendra à Bordeaux en 1903 ;

2° Le programme du quatorzième Congrès international de médecine, qui s'ouvrira à Madrid le 23 avril 1903 ;

3° La brochure du Cinquantenaire de la Société médico-psychologique ;

4° Un travail de MM. le Dr Antheaume et L. Antheaume sur les Bouilleurs de cru ;

5° *L'Assistance familiale des épileptiques*, par M. Masoin ;

6° *La Folie post-opératoire*, par M. Pilcz. — M. Trénel est chargé de rendre compte de ce travail ;

7° *Atavisme psychique et paranoïa*, par M. Nina Rodrigues ;

8° Une brochure de M. Del Greco, intitulée : *Intorno alla Conoscenza*. — M. René Semelaigne est chargé de rendre compte de ce travail ;

9° Un travail de M. Arthur Macdonal, intitulé : *Un plan de l'étude de l'homme*. — M. Blin est chargé de rendre compte de cet ouvrage ;

10° Un travail de MM. le prince de Cardor et Roubinovitch, intitulé : *Contribution à l'étude de l'état mental des jansénistes convulsionnaires* ;

11° *Bulletin de la Société Belge de Neurologie*, n° 7 et 9 ;

12° *Revue de l'Hypnotisme*, numéro d'août 1902 ;

13° *Bulletin de la Société de Tempérance*, n° 7 et 8.

Rapport de candidature.

M. DUPAIN. — Messieurs, en qualité de rapporteur de votre Commission, je viens proposer à vos suffrages la candidature de M. le D^r Cololian qui sollicite le titre de membre correspondant. Le D^r Cololian n'est pas un inconnu pour vous. Il a publié différents travaux dans les *Annales médico-psychologiques*. Au mois de mai dernier, son mémoire sur la séméiologie de l'hypocondrie, présenté au concours du prix Aubanel, obtint une mention honorable.

Ancien externe des hôpitaux de Paris, ancien interne des asiles de la Seine, le D^r Cololian recueillit dans le service de M. Magnan, à l'admission de l'Asile clinique les matériaux de sa thèse de doctorat ayant pour sujet « les alcooliques persécutés ». Ce travail fut justement remarqué. D'après l'auteur, le délire de persécution d'origine alcoolique est une variété clinique assez importante pour mériter une description spéciale ; il le différencie du délire alcoolique proprement dit et des délires de persécution systématisés. Il étudie ce délire chez les dégénérés héréditaires et chez les non héréditaires : les alcooliques chroniques. Chez les dégénérés la prédisposition héréditaire est la cause originelle du délire. Les idées de persécution éclosent sur ce terrain morbide à la faveur de l'intoxication alcoolique. Chez ces malades, l'alcool accentue dans une large part la déséquilibration mentale.

Chez les sujets paraissant indemnes de toute hérédité morbide l'alcool, à lui seul, produit lentement et progressivement une prédisposition qui les place dans les mêmes conditions d'infériorité et de vulnérabilité psychiques que les héréditaires.

Chez le dégénéré héréditaire les troubles psychiques ouvrent la scène. Les symptômes somatiques de l'alcoolisme n'arrivent qu'en second lien. On observe d'abord un changement de caractère, quelques idées de jalousie, des idées de persécution, puis les signes physiques de l'alcoolisme. Chez les alcooliques chroniques, c'est le contraire qui se produit. On constate d'abord les symptômes somatiques de l'alcoolisme (pituites, pyrosis, ano-

rexie, crampes, etc.), et à la longue apparaissent d'une manière insidieuse les troubles mentaux. Le délire de persécution alcoolique ne doit pas être confondu avec le délire alcoolique proprement dit, avec les délires de persécution systématisés (délirants chroniques, les dégénérés). Le pronostic est en général défavorable, étant donné que les héréditaires par leur penchant morbide et les alcooliques chroniques par l'affaiblissement de leur volonté reviennent le plus souvent à leur faute et récidivent. A chaque rechute les idées de persécution réapparaissent de plus en plus actives et systématisées.

D'autres travaux suivirent : Une étude clinique et statistique sur les troubles trophiques de la paralysie générale (dans les *Archives de Neurologie*, 1898, n° 25 et 27). Déjà, en 1871, notre maître M. Magnan attirait l'attention sur ce point et faisait remarquer les relations étroites qui existent entre les lésions nerveuses, médullaires et cérébrales, dans la paralysie générale. Le zona, le vitiligo, l'aspect ichthyosique de la peau, l'atrophie musculaire, la chute des cheveux, les maux perforants, les arthropathies, les hémorrhagies spontanées diverses : hématurie, le purpura, l'hématémèse ; la déformation des ongles, l'abrasion des dents, etc. D'après ses recherches statistiques l'auteur constate qu'il a observé :

Ce sont des chiffres qui peuvent être consultés pour des recherches nouvelles.

Peu de temps après, les *Annales médico-psychologiques* publient une longue étude sur la séméiologie de l'agitation, parue dans les numéros du second semestre 1898 de ce recueil. Durant cette même année 1898 le Dr Cololian présenta en collaboration avec le Dr Lallanne un manuscrit à l'Académie de Médecine, sur l'alitement dans les maladies mentales, qui obtint la récompense (prix Baillarger). L'année suivante nous trouvons trois mémoires publiés dans les *Archives de Neurologie* sur la toxicité du sang dans l'épilepsie, sur les hallucinations psycho-motrices verbales dans l'alcoolisme, sur l'hyperesthésie corticale dans l'alcoolisme aigu. Ce dernier travail en collaboration avec le Dr A. Rodiet. Ces études sont faites d'après les observations recueillies soit dans le service de M. Magnan à l'admission, soit dans le service de M. Garnier à l'infirmerie

spéciale de la Préfecture de police. Un manuscrit sur le traitement des psychoses fut récompensé par l'Académie de Médecine en 1900. Plusieurs articles furent publiés en collaboration avec M. Garnier dans la *Gazette des hôpitaux* sur la séméiologie et traitement du refus d'aliments sur l'alitement dans les maladies mentales et nerveuses, sur le traitement moral dans l'alitement, sur la séméiologie et le traitement des idées de suicide. Le D^r Cololian collabora au *Traité de thérapeutique des maladies mentales et nerveuses*, avec son maître M. le D^r Garnier. Enfin cette année même il présentait au concours du prix Aubanel un mémoire sur la séméiologie de l'hypocondrie qui obtint une mention très honorable.

Le D^r Cololian a publié entre temps des recherches de physiologie expérimentale ; il a étudié l'action physiologique des sels de soude sur les poissons (communication à la Société de biologie, 1901 et mémoire paru dans le *Journal de physiologie et de pathologie générale*, 1901) ; la toxicité des alcools chez les poissons. Les expériences de l'auteur sont des plus intéressantes. Il mélange à de l'eau une certaine dose d'alcool ; au bout d'un temps variable entre quelques minutes ou une demi-heure, suivant la dose d'alcool, l'ivresse arrive et se manifeste par une grande agitation ; le poisson nage dans tous les sens et change de direction à tout instant, il n'est plus sûr de ses mouvements, il se couche sur le flanc, il saute hors de l'eau. Les mouvements sont de plus en plus désordonnés, c'est la période excito-motrice ; puis le calme apparaît, et la période de prostration et d'anesthésie arrive ; toute action réflexe est abolie. La période de coma est la période ultime. Elle arrive lentement après plusieurs heures d'anesthésie, le poisson reste sur le flanc et ne bouge plus ; seuls les mouvements des branchies indiquent qu'il vit encore. Parfois le poisson reprend vie lorsqu'on le met dans l'eau courante ; mais d'autres fois le poisson, remis à l'eau pure et revenu à l'état normal, meurt quelques heures ou quelques jours après.

Messieurs, je ne prolongerai pas plus longtemps l'exposé des titres et travaux scientifiques du D^r Cololian. Il est digne d'appartenir à votre Compagnie et je suis sûr que vous allez par votre vote approuver l'avis de

votre Commission qui vous propose de décerner au D^r Cololian le titre de membre correspondant.

M. Cololian est élu membre correspondant à l'unanimité.

De la poudre minérale de Trunecek dans le traitement des aliénés artérioscléreux

par M. le D^r L. MARCHAND

Les maladies des vaisseaux et en particulier l'artériosclérose sont fréquentes chez les aliénés. Il est banal de rencontrer à l'autopsie des malades, ayant présenté de l'affaiblissement intellectuel, des plaques de sclérose prédominant au niveau des artères de la base du cerveau, il n'est pas rare d'en rencontrer sur les artères de la convexité. L'examen micrographique du cortex montre que la lésion siège également au niveau des petites artérioles qui pénètrent la substance nerveuse.

Ces considérations nous ont engagé à essayer chez les aliénés artérioscléreux un traitement dont Trunecek eut le premier l'idée et que M. L. Lévy (1) modifia en substituant à l'injection du sérum l'absorption par la voie digestive de sels alcalins formant une poudre dite poudre minérale de Trunecek. Elle se formule de la façon suivante :

Chlorure de sodium	10 gr.
Sulfate de soude.	1 —
Phosphate de chaux.	} aâ 0 gr. 75
Phosphate de magnésie	
Carbonate de soude.	0 gr. 40
Phosphate de soude.	0 gr. 30

(A diviser en treize cachets.)

Cette poudre contient dans leurs proportions respectives tous les sels alcalins qui sont dissous normalement dans la partie inorganique du sérum sanguin. Chaque cachet correspond à 15 centimètres cubes de sérum du sang (L. Lévy).

(1) L. Lévy. A propos du sérum de Trunecek. *Presse médicale*, 18 juin 1902.

Nos essais thérapeutiques ont été faits sur seize malades du sexe féminin qui ont suivi le traitement pendant un mois. Chaque matin, une heure avant le premier déjeuner, nos sujets ont pris avec une cuillerée d'eau un cachet de la poudre minérale.

Les raisons suivantes nous ont déterminé à préférer la poudre minérale au sérum de Trunczek : ce dernier est un liquide irritant ; introduit sous la peau il produit une vive douleur et laisse quelquefois des indurations chroniques ; la poudre minérale sous forme de cachets permet l'ingestion de quantités plus considérables de sels minéraux.

Nos sujets traités étaient des artérioscléreux et présentaient tous de l'affaiblissement intellectuel. On peut les classer de la façon suivante. Quatre étaient atteints de démence sénile et âgés de 64, 66, 74 et 78 ans ; deux de démence organique et étaient âgés de 58 ans. Trois étaient des alcooliques chroniques, âgés de 48, 55 et 57 ans. Quatre étaient atteints de mélancolie et avaient 48, 59, 60 et 68 ans ; enfin une femme syphilitique, âgée de 42 ans, affaiblie au point de vue intellectuel, mais ne présentant aucun symptôme de paralysie générale, termine la série.

Pendant toute la durée du traitement, l'état mental de nos malades, leur nutrition générale, leur pouls, leur force dynamométrique, leurs réflexes ont été observés soigneusement.

1° *État mental.* — Le traitement n'a eu aucune action sur les idées délirantes et sur l'affaiblissement intellectuel ; nos malades à la fin du traitement étaient aussi incapables de préciser un nom ou une date. Par contre, six malades (trois mélancoliques, deux alcooliques, une démente organique) ont été améliorées si l'on considère leur état de dépression ou d'excitation. L'agitation nocturne de la démente sénile a disparu dès le début du traitement ; les trois mélancoliques ont été moins anxieuses. Des deux alcooliques améliorées, l'une d'elles, qui était gâtense, est devenue propre. Enfin, d'une façon générale, le sommeil est devenu plus régulier chez toutes nos malades.

2° *État physique.* — Le traitement a eu une action très manifeste sur la nutrition générale. Il est remar-

quable de constater que les troubles digestifs surtout ont été influencés favorablement. L'appétit de nos malades était meilleur ; la constipation dont plusieurs se plaignaient disparut.

Les variations de rapidité du pouls ont été notées pendant toute la durée du traitement. Nous observions le pouls tous les jours à la même heure. Nous avons pu constater dans son rythme une légère augmentation de rapidité, ce qui s'accorde avec les résultats de MM. Teissier et Lévy (1) ; ces auteurs ont relevé dans 57 0/0 de leurs cas un abaissement de la tension artérielle de 2 à 7 centimètres au sphygmomanomètre de Potain.

L'action du traitement sur la force musculaire a été, sinon moins nette, du moins très sensible, dans la moitié de nos observations. Quant aux réflexes patellaires et au tremblement, nous n'avons relevé aucune modification.

Les résultats que nous avons obtenus ne sont pas aussi heureux que ceux de M. L. Lévy. Le sérum de Trunecek, disent MM. Huchard (2) et Merklen (3), ne fait pas « rétrocéder les lésions scléreuses » et ne guérit « ni la sclérose ni l'athérome des artères pas plus que les cicatrices ». Ces appréciations s'appliquent également à la poudre minérale, et expliquent pourquoi les bienfaits du traitement ne persistent pas longtemps après sa suspension. Il peut cependant rendre des services en médecine mentale : s'il n'agit pas sur l'affaiblissement intellectuel des malades, il permet de relever leur nutrition générale en favorisant le sommeil et en améliorant l'état digestif. Certaines mélancoliques sont devenues moins anxieuses sous l'influence de ce traitement, qui permet une irrigation plus abondante du système nerveux, et par là même combat les altérations nutritives des cellules.

(1) P. Teissier. L'action du sérum de Trunecek. *Société méd. des hôpitaux*, 6 juin 1902. Réponse de M. L. Lévy.

(2) H. Huchard. Le sérum de Trunecek. *Journal des praticiens*, 3 mai 1902.

(3) P. Merklen. Les indications du sérum de Trunecek chez les artérioscléreux. *Société méd. des hôpitaux*, 30 mai 1902.

Des états mélancoliques au cours des granulies tuberculeuses,

par le D^r PAUL BIENVENU, interne à l'asile Sainte-Anne.

Nous avons observé plusieurs cas de psychoses dépressives aigües, fébriles, à évolution très rapide, chez des malades faiblement prédisposés pour la plupart, et qui n'auraient peut-être pas déliré si une intoxication n'était venue s'ajouter à la faible prédisposition.

Chez ces malades ce toxique présumé paraît être une toxine du bacille tuberculeux. Ils sont mort tous très rapidement, emportés par une infection aiguë qui, à l'autopsie, s'est toujours montrée être la granulie.

Nous croyons que leur état mental dépressif a été produit par une intoxication spécifique et non par des lésions des centres nerveux, parce que les recherches anatomo-pathologiques que nous avons fait ne nous ont pas laissé voir trace de follicules tuberculeux dans leurs cerveaux et leurs méninges. Je parle ici bien entendu de malades dont la granulie plus ou moins localisée avait épargné le cerveau et ses enveloppes.

Deux malades observés par nous autrefois, dans le service du D^r Boudrie, nous ont présenté ce syndrome ; mais convaincu que nous étions alors, que leur délire était l'effet de l'invasion du cerveau par les granulations tuberculeuses, nous n'avons pas fait sur elles de recherches systématiques.

Néanmoins, l'étonnement que nous avons eu de ne trouver dans leurs centres nerveux aucune trace de l'infection, nous a donné l'idée que chez des prédisposés dégénérés en puissance de délire, les toxines tuberculeuses pouvaient, comme tant d'autres poisons, réveiller, mettre à jour, l'état maladif en puissance, et cela sous une forme toujours la même de profonde dépression.

Nous avons étudié dans le service de M. Magnan des cas très nets d'un pareil syndrome. Ce sont ces cas dont nous allons ici résumer les observations.

OBS. I. — R... (Claude), quarante-six ans, cocher. Entré à

Sainte-Anne le 9 août 1902. Comme tous les cochers, R... est plus ou moins alcoolique.

Il fut toujours irritable, méchant naturellement, impondéré, fantasque, sujet à des impulsions morbides dont la cause devait se partager entre les effets de l'alcool et une hérédité certainement chargée, mais sur laquelle nous n'avons pu être renseignés.

Bien portant, à part les petites misères courantes, il eut pourtant, l'hiver dernier, une bronchite persistante qui ne disparut qu'au printemps.

Il y a un mois, la scène change; progressivement, il devient triste, préoccupé et fait mal son métier; son état l'occupe tout entier, il se désole, des idées hypocondriaques apparaissent qui deviennent bientôt idées d'empoisonnement. Il songe au suicide.

Il y a huit jours, apparaît la fièvre, en même temps que l'état mélancolique redouble. Il va à l'hôpital Saint-Joseph se faire soigner; mais préoccupé, anxieux, délirant, il en sort pour aller à Broussais. Là il refuse la nourriture, et l'état maladif est si net qu'on le dirige sur Sainte-Anne.

Nous le trouvons dans un état de dépression et d'obtusion extrêmes; refusant de répondre aux questions qu'on lui pose, résistant aux mouvements provoqués, ne voulant pas se laisser alimenter.

Il reste couché sans se mouvoir et sans parler, prononçant seulement quelques paroles, comme répondant à de vagues hallucinations.

Son état général est mauvais; fièvre légère, teint terreux, état anémique. Ses urines contiennent des traces d'albumine, de l'acide urique et des phosphates en quantité.

C'est un malade en état de toxi-infection, infection dont nous ne parvenons pas du reste à fixer la localisation.

Dans les jours qui suivent son entrée, l'état mélancolique de R... ne se modifie pas, sa stupeur ne fait qu'augmenter; la fièvre, elle aussi, augmente progressivement, 38 degrés, puis 39 degrés; l'état s'aggrave; la dyspnée et la cyanose apparaissent. Le 13 août, enfin, cinq jours après son admission, il tombe dans le coma et meurt.

A l'autopsie. — Les poumons, qui ne sont adhérents à la plèvre qu'au sommet droit où il existe deux tubercules gros comme une lentille, sont semés, comme pulvérisés de granulations grises en évolution, granulations qui, au sommet et à la base gauche, sont presque confluentes.

Les autres organes sont normaux, à part les lésions terminales.

Le rein, un peu congestionné, laisse voir quelques très rares granulations.

Cœur flasque, feuille morte, gorgé de caillots sanguins agoniques.

Le cerveau légèrement congestionné, sans adhérences aux méninges, ne nous a laissé voir, même au microscope, aucune trace de granulations tuberculeuses.

OBS. II. — L... (Louis), trente-neuf ans. Entré à Saint-Anne, dans la stupeur. Il avait été trouvé sur la voie publique, errant au hasard, tenant des propos incohérents avec de temps en temps des sortes d'effrois probablement hallucinatoires.

A l'asile, il ne répond à aucune question et reste plongé dans la dépression la plus profonde.

Son état général est plus grave chaque jour. La fièvre, d'abord à 38 degrés, s'élève peu à peu. Il se cyanose, son cœur faiblit.

L'auscultation révèle à la base gauche un seul souffle léger au centre d'une zone de matité.

Son état s'aggrave, et huit jours après son entrée, il succombe dans le coma.

Autopsie. — Les poumons sont adhérents aux plèvres.

Le gauche est semé de granulations grises, mais surtout à la base où elles se touchent par endroits.

Le poumon droit présente dans la profondeur une masse caséeuse, grosse comme le poing, appartenant à un semis plus ancien.

Quelques granulations sont disséminées sur le ligament suspenseur du foie. Ce dernier organe est un peu graisseux.

Le péritoine et les autres organes sont sains.

Le cerveau est normal, oedémateux, sans adhérences aux méninges. L'examen microscopique n'a pu y déceler aucune granulations.

OBS. III. — R... (Albert), vingt-neuf ans, marchand de beurre, entré à Sainte-Anne le 20 avril. Aucun renseignement héréditaire et personnel. R... est dans un état de dépression mélancolique complet. Il reste immobile dans son lit et cherche à s'y cacher sous les couvertures et à s'y dérober.

Il résiste à tous les mouvements qu'on essaie de lui faire faire, et garde un mutisme absolu.

Sa figure traduit une certaine anxiété; quand on le secoue, il gémit faiblement, mais sans répondre.

On l'alimente à la sonde.

Son état général est alarmant; la fièvre, à 38 degrés le jour de son arrivée, monte rapidement à 39 degrés, 40 degrés, 41 degrés. Le pouls est de plus en plus rapide et embriocardique.

Le malade succombe cinq jours après son entrée.

A l'autopsie, tous les organes sont sains, sauf les poumons,

dont le sommet droit présente les traces d'une tuberculose ancienne caséo-crétacée.

Les deux poumons sont semés de granulations grises surtout abondantes dans les deux tiers supérieurs de chaque côté, où elles sont par points confluentes.

Le cerveau est congestionné avec des suffusions sanguines sur l'écorce et une infiltration œdémateuse de la base.

Les méninges ne sont ni épaissies ni adhérentes.

Il n'a été trouvé aucune granulation tuberculeuse en quelque point du cerveau qu'on ait cherché.

OBS. IV. — B... (Jules), quarante-deux ans, marchand de tonneaux. Entré à Sainte-Anne le 21 juin 1902. Hérédité peu chargée, paraît-il.

Pas de maladies dans l'enfance. Légèrement alcoolique probablement.

B..., depuis quelque temps, était un peu triste, sans idées et sans volonté. Mais c'est seulement il y a quatre jours et presque subitement qu'éclate le délire.

Dominé par des idées mélancoliques, il se croit criminel, s'angoisse; des hallucinations lui disent qu'il est un assassin, qu'on va l'arrêter; peut-être a-t-il présenté des hallucinations et des illusions de la vue.

Avec cela il est confus, perdu, a peur de tout, manifeste des désirs de suicide.

Amené à Sainte-Anne, le malade tombe dans la stupeur, ne répond à rien, refuse les aliments, et il faut lui passer la sonde.

Il a de la fièvre, 38 degrés; son pouls est rapide, à 98, sa langue saburrale.

Pas de localisation apparente d'une infection, à part une légère matité au sommet droit.

Pendant huit jours, l'état du malade varie peu; stupeur avec de loin en loin un état anxieux probablement hallucinatoire; la fièvre monte lentement; l'état général baisse. Les extrémités se cyanosent et se refroidissent, et le malade succombe huit jours après son entrée.

Autopsie. — Poumons congestionnés aux bases. Le sommet droit présente un semis serré de granulations transparentes qui en font un bloc pseudo-pneumonique de la grosseur d'une tête de fœtus. Deux ou trois petits tubercules calcifiés sont aux sommets. Aux bases, quelques granulations sont disséminées par placards.

Le foie est normal, quelques granulations sont semées en un point localisé du lobe gauche.

Reins normaux. Le gauche présente une malformation congénitale, il est allongé et aplati.

Cerveau intact, méninges transparentes sans adhérences

aucune. Des recherches patientes en des points multiples ne nous ont pas permis d'y rencontrer une seule granulation.

Dans toutes ces observations, les symptômes sont les mêmes : Evolution rapide avec état fébrile progressivement grave, menant à la mort en peu de jours.

Dépression profonde avec stupeur ou angoisse, résistance plus ou moins complète à toute action extérieure, refus d'aliments, etc.

L'anatomie pathologique montre elle aussi les mêmes lésions : Une granulie touchant plus ou moins abondamment le poumon, le foie, l'intestin, ou les autres organes, mais respectant toujours le cerveau dans ces cas que nous étudions.

Et nos recherches pour nous convaincre de ce fait n'ont pas été légères ; toujours nous avons peur de passer sans la voir près de quelque granulation isolée, dont la présence eût fourni une autre explication au délire ; aussi avons-nous multiplié les coupes : les régions les plus habituellement envahies par les bacilles, le voisinage de la sylvienne, les plexus vasculaires des ventricules, ont été examinés longuement mais inutilement. Nous nous croyons donc en droit d'affirmer que si quelques follicules tuberculeux ont échappé à nos recherches, ce que nous ne saurions affirmer, ils étaient trop rares et clairsemés pour avoir pu à eux seuls produire l'état mental grave dont nos malades étaient frappés.

D'autre part les éliminations n'étaient nullement altérées, ou pas autrement qu'elles ne le sont au cours d'affections fébriles passagères ; du reste les viscères, à part les granulations qui, dans certains cas, y étaient semées, n'étaient point anatomiquement altérés.

Il nous reste, pour expliquer l'état dépressif particulier de ces malades, une seule hypothèse : c'est que la toxine tuberculeuse portée par le sang dans tout l'organisme est venue impressionner leur sphère psychique de dégénérés et y déterminer des troubles spécifiques de dépression et d'abattement ; leur prédisposition se chargeant de faire le reste et d'organiser le délire.

Cette hypothèse nous paraît d'autant plus soutenable que plusieurs fois nous avons vu des états dépressifs

survenir au cours du traitement par les tuberculines, qui fut essayé systématiquement il y a quelques années; qu'il n'est pas rare de voir chez les animaux que les vétérinaires soumettent à des injections de tuberculine, dans l'espoir de mettre à jour une tuberculose latente, une sorte de torpeur consécutive à l'injection et durant parfois plusieurs jours; enfin, que nous avons, à l'asile de Maison-Blanche, dans le laboratoire du Dr Boudrie, injecté à des chiens de la tuberculine à haute dose, soit dans le sang, soit dans les méninges, et que plusieurs fois nous avons obtenu des effets d'abattement et de stupeur qui n'étaient pas sans analogie avec ceux de nos malades.

Comme il faut être réservé dans cette tendance qu'on a toujours de généraliser à l'homme les effets d'expérimentation obtenus sur les animaux, nous nous bornerons à dire, dans le cas qui nous occupe, que les effets observés ont tous été concordants.

On s'étonnera peut-être que ces états dépressifs aigus ne se voient pas dans tous les cas de granulie. Nous ne saurions dire pourquoi; mais il nous paraît simple dans l'état actuel de la science mentale de croire à une prédisposition héréditaire des éléments nerveux, qui avec l'aide surajoutée d'un poison dépressif expliquerait tout le mal.

Il nous a bien semblé aussi que chez la plupart des granuliques, la tendance était à la dépression et à l'angoisse; et que toutes les fois que l'excitation mentale apparaissait, les granulations avaient visiblement envahi le cerveau.

Il faudrait en conclure, croyons-nous, que la toxine tuberculense, quand elle agit seule sur les centres nerveux, sans qu'aucune granulation, aucune lésion d'un autre ordre, vienne compliquer et changer ses effets, a une action dépressive sur les centres psychiques;

Que cet état de dépression, simple chez les individus normaux, devient mélancolie chez les héréditaires cérébraux.

Cette mélancolie sera d'autant plus grave que la prédisposition au délire sera plus forte, et aussi que la quantité de toxine spécifique passée dans le sang aura été plus grande.

Résumons en disant : que nous avons étudiés plusieurs cas de granulie qui avaient totalement épargné le cerveau ; que les malades ainsi infectés ont présenté un état mélancolique grave ; que nous croyons que la toxine ou une des toxines du bacille tuberculeux a des effets dépressifs sur les centres psychiques, et que quand ces centres sont héréditairement prédisposés, l'effet final est une crise de mélancolie intense dont la grandeur est fonction et de la tare héréditaire et de la force de l'intoxication.

DISCUSSION.

M. DIDE. — Avec M. le D^r Dufour, nous avons, dans le service de M. le professeur Joffroy, observé des faits qui ont été publiés dans les comptes rendus de la Société de Neurologie, en 1900, et qui viennent à l'appui de la théorie que M. Bienvenu a exposée. Une série de mélancoliques ne présentant pas de signes objectifs de tuberculose furent soumis à une injection de tuberculine de un quart de milligramme. Chez presque tous, la réaction hyperthermique devait faire admettre que ces individus étaient tuberculeux. Nous avons conclu que la toxine tuberculeuse pouvait, en dehors des lésions matérielles du cerveau, déterminer des accidents mélancoliques chez les prédisposés.

Du traitement de la paralysie générale par les injections intra-rachidiennes de biiodure de mercure et d'iodure de potassium,

par le D^r L. MARCHAND.

On trouve si souvent la syphilis dans l'étiologie de la paralysie générale que de nombreux auteurs n'hésitent pas à considérer cette affection comme étant d'origine syphilitique. De là, à instituer le traitement anti-syphilitique, il n'y avait qu'un pas. Les résultats furent tout d'abord peu encourageants et plusieurs cliniciens le considèrent encore aujourd'hui comme nuisible (P.

Marie)(1). Depuis quelques mois, un revirement semble se faire et quelques auteurs accordent au traitement une action efficace, à la condition cependant qu'il soit intensif(Lemoine) (2) (Leredde) (3).

Partant de cette idée que l'intensité du traitement antisypilitique peut dépendre de la façon dont on introduit les sels de mercure dans l'organisme, nous avons tenté d'agir plus directement sur le système nerveux central par l'injection dans la cavité sous arachnoïdienne d'une solution de sels de mercure et d'iodure de potassium. Considérant ensuite que parmi les lésions constantes de la méningo-encéphalite diffuse il faut placer en première ligne les lésions inflammatoires, nous avons pensé que les sels de mercure, mis au contact du système nerveux, pourraient avoir une certaine action sur ces lésions.

Nos essais thérapeutiques ont été tentés sur sept femmes paralytiques générales, parmi lesquelles cinq étaient à la troisième période de l'affection, et deux à la deuxième. Nous n'avons traité aucune malade à la première période de la paralysie générale; le diagnostic au début de cette maladie est le plus souvent difficile, et nous avons ainsi évité de compter comme succès thérapeutiques l'amélioration de cas douteux.

Voici en quoi consiste notre traitement : après avoir pratiqué une ponction lombaire classique, nous prélevons 6 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien. Laissant l'aiguille en place, nous injectons avec une seringue de Pravaz 2 centimètres cubes de la solution suivante dans la cavité sous-arachnoïdienne :

	gr.
Biiodure de mercure.	0 02
Iodure de potassium.	0 20
Eau distillée	20

(1) P. Marie. Réponse à la communication de M. Leredde. *Soc. neurolog.*, 3 juillet 1902.

(2) G. Lemoine. Des résultats du traitement mercuriel intensif appliqué à la paralysie générale et au tabes. *Soc. neurolog.*, 3 juillet 1902.

(3) M. Leredde. Le traitement mercuriel dans le tabes et la paralysie générale. *Soc. neurolog.*, 3 juillet 1902.

On injecte ainsi deux milligrammes de biiodure de mercure et deux centigrammes d'iodure de potassium. L'injection doit être faite lentement; elle est renouvelée tous les huit jours. Le malade après chaque injection reste étendu dans une position horizontale pendant quelques heures. Inutile d'ajouter que nous avons toujours observé les précautions antiseptiques.

Les résultats que nous avons obtenus après trois mois de traitement, s'ils ne sont pas très satisfaisants, sont au moins encourageants. De nos sept sujets, quatre ont présenté une amélioration manifeste. Voici, en quelques mots, le résumé de nos observations.

Chez une paralytique générale à la troisième période de la maladie, le tremblement de la langue a diminué et la parole, très tremblée avant le traitement, est devenue distincte. Au point de vue mental, l'incohérence dans les idées a fait place à un délire hypochondriaque. L'affaiblissement de la mémoire, les troubles oculaires, l'exagération des réflexes patellaires n'ont présenté aucun changement.

Une seconde malade, également à la troisième période de l'affection, de gâteuse qu'elle était, est devenue propre. Incapable de marcher au début du traitement, elle marche maintenant facilement. L'état mental et les troubles oculaires sont restés stationnaires.

Nos deux dernières malades améliorées sont des paralytiques générales à la deuxième période. Depuis qu'elles suivent le traitement, elles s'occupent à des travaux de couture et de ménage. L'une d'elles très excitée est devenue calme dès le début du traitement. L'affaiblissement intellectuel de ces deux malades persiste, mais ne semble pas suivre une marche progressive.

Tel est le résumé de nos observations encore très incomplètes. De nos recherches, il résulte cependant plusieurs points intéressants. La voie lombaire permet d'introduire dans la cavité sous-arachnoïdienne des substances médicamenteuses; les accidents consécutifs à l'introduction à faibles doses de biiodure de mercure et d'iodure de potassium sont nuls. Nos malades ont eu quelquefois des vomissements après la ponction; mais ceux-ci surviennent également après des ponctions lombaires non suivies d'injection de substances médica-

menteuses. Cette méthode thérapeutique nouvelle peut rendre des services, et d'Ancona (1), Codinho et Fausto (2) ont déjà publié plusieurs observations de tétanos guéris par l'introduction intra-rachidienne de sérum antitétanique. Nos résultats, sans être aussi satisfaisants, montrent cependant la possibilité d'un traitement de la paralysie générale par l'introduction de sels de mercure et d'iodure de potassium dans la cavité sous-arachnoïdienne.

DISCUSSION.

M. GILBERT BALLET. — Des essais de cette nature ont été faits chez les tabétiques. Il y aurait lieu d'apporter des observations détaillées, circonstanciées et longuement poursuivies. En tout cas, il ne faut agir qu'avec la plus grande prudence, et ne pas trop se hâter de conseiller des thérapeutiques hardies dont l'écho se répandrait vite au dehors.

M. TOULOUSE. — Il y a deux questions à envisager : d'abord l'influence de la thérapeutique sur la guérison de la maladie; ensuite la possibilité de faire sans danger des injections dans le liquide céphalo-rachidien.

M. BRIAND. — M. Tissié a déjà fait des injections de cocaïne dans le liquide céphalo-rachidien.

M. GILBERT BALLET. — Il est incontestable que la voie rachidienne est une voie nouvelle ouverte à la thérapeutique. Certains chirurgiens sont convaincus de l'innocuité de la méthode. L'eau constituant le principal danger, ils dissolvent la cocaïne dans le liquide extrait, qu'ils réinjectent ensuite. Mais je maintiens qu'il ne faut agir qu'avec réserve et prudence.

M. DIDE. — M. le professeur Joffroy avait eu déjà l'idée de pratiquer des injections dans le liquide céphalo-rachidien. Des expériences furent faites sur les

(1) N. D'Ancona. Deux cas de tétanos traités par les injections de sérum antitétanique dans la cavité céphalo-rachidienne (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, n° 141, 24 novembre 1901, p. 1480).

(2) V. Codinho et Fausto. Traitement du tétanos par les injections intra-rachidiennes de sérum antitétanique (*Presse médicale*, 20 septembre 1902).

animaux, et tous les lapins à qui l'on injecta de l'iodure de potassium moururent; il n'y eut pas d'accidents par les sels de gaïacol.

On trouve dans la thèse de M. Sicard deux cas de mort, chez l'homme, à la suite d'injections d'iodure de potassium.

La séance est levée à 6 heures moins le quart.

RENÉ SEMELAIGNE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ITALIENS

Il manicomio.

ANNÉE 1899.

I. — *De la classification des états psychopathiques*; par le Dr G. Angiolella (nos 1 et 2). — Une bonne classification est chose indispensable au développement de la science, mais c'est en même temps un des problèmes les plus ardues que puisse aborder un savant. Aussi l'auteur n'a-t-il pas en vue de le résoudre sous son aspect psychique, mais seulement d'appeler une fois de plus sur ce point l'attention d'esprits mieux qualifiés et d'apporter sa modeste pierre à l'édifice. La psychiatrie moderne, très différente de ce qu'elle fut dans le passé, a beaucoup étendu son domaine; à côté des psychoses anciennes elle a fait une place importante aux anomalies constitutionnelles, aux perversions acquises (dans la zone morale ou intellectuelle), aux impulsions passionnelles, au génie même. Le groupement, le nombre, l'aspect des entités cliniques se sont aussi profondément modifiés; la manie et la mélancolie, autrefois au premier rang, se voient aujourd'hui primées par les nouveaux venus, tels que la folie sensorielle, la confusion mentale, le délire systématisé, dont l'importance croît de jour en jour; à l'épilepsie se rattachent certaines formes transitoires ou impulsives, certaines perversions sexuelles; la cytologie intervient à son tour, démontrant que la désintégration des cellules nerveuses, suite d'intoxications ou d'infections, peut aider ou présider au développement de maintes affections mentales, etc. Ajoutons qu'un même type clinique est susceptible de subir d'importantes variations, selon les races et les époques et, aussi, qu'il existe en pathologie mentale des expressions morbides moins circonscrites, moins délimitées qu'en pathologie vulgaire, les formes transitoires fourmillant pour ainsi dire, et se disséminant à l'infini. Pour cette raison même, le terrain purement clinique

I. — Anomalies psychiques.

- | | | | | |
|---|---|--|---|---|
| 1. Arrêt total de développement intellectuel. | { | a). Par évolution organique défectueuse. | { | Idiotie. |
| 2. Arrêt partiel de développement intellectuel. | | b). Par lésion d'organes influant sur la nutrition du système nerveux. | | Imbécillité. |
| | | | | Idiotie myxoédémateuse. |
| | | | | Crétinisme. |
| | | | | Idioties partielles. |
| | { | a). Prédominance dans la sphère intellectuelle. | { | Dégénérés supérieurs, génies. |
| | | b). Prédominance dans la sphère sensitive. | | Délinquants passionnels. |
| | | c). Prédominance dans la sphère sentimentale. | | Caractères impulsifs. |
| | | d). Anomalies constitutionnelles confluant aux maladies, avec phénomènes morbides intercurrents. | | Suicides { impulsifs.
{ mélancoliques. |
| | | | | Caractères paranoïques ou mattoïdes. |
| | | | | Paranoïa originelle. |
| | | | | Querulomanie (persécution). |
| | | | | Folie morale ou criminalité native. |
| | | | | Perversions sexuelles. |
| | | | | Epilepsie. |
| | | | | Hystérisme. |
| | | | | Neurasthénie (idées fixes, impulsives). |
| | | | | Hypocondrie et ses formes. |

II. — Maladies mentales propres.

A. — Maladies spéciales aux dégénérés, psychoses dégénératives.

- | | | |
|---|---|--|
| 1. Psychoses liées à certaines phases du développement organique. | { | Hébéphrénie (catatonie). |
| | | Folie de la ménopause. |
| | | Phrénies séniles (manie, mélancolie, démence). |
| 2. Etats psychopathiques à décours chronique. | { | Paranoïa tardive systématique. |
| | | Folie périodique. |
| | | Folie récurrente. |
| | | Folie circulaire. |

3. Etats psychopathiques aigus et accessuels.

{ Délire hallucinatoire par accès.
Manie dégénérative.
Lypémanie délirante.

B. — Maladies qui peuvent se développer sur le fonds d'une simple invalidité cérébrale.

1. Liées à des lésions ténues et curables des cellules nerveuses.
- a). Etat d'excitation à prédominance idéo-affective.
- b). Etat d'excitation à prédominance sensorielle.
- c). Etat d'excitation de la sensibilité douloureuse psychique.
- d). Etats dépressifs des fonctions cérébrales les plus actives.
- e). Etats d'épuisement psychique.
- f). Etats d'imparfaite nutrition cérébrale par lésions d'autres organes.

Manies.

Folies sensorielles.

Lypémanies.

Confusion mentale (délires fébriles).

Paranoïa aiguë.

Stupeur et somnambulisme.

Epuisement final des psychoses aiguës.

Etats neurasthéniques transitoires.

Folies réflexes.

Etats hystéroïdes acquis.

Paralysie générale.

Démence post apoplectique.

Démence par tumeurs cérébrales.

Démence par sclérose en plaques.

Démence par foyers méningitiques.

Epilepsie et folie traumatiques.

III. — Dénouements de psychoses.

{ Paranoïa secondaire.
Démences consécutives.
Epilepsie post-psychotique.

Affections secondaires psychiques.

2. Liées à des lésions graves et permanentes des cellules nerveuses.

paraît offrir dans son instabilité une base insuffisante à la classification attendue; pour d'autres causes, il ne convient pas davantage de l'appuyer sur l'anatomie pathologique ou la pathogénèse. Cependant, le besoin se fait d'autant mieux sentir d'un cadre nouveau que, en présence des entités et dénominations récentes, les spécialistes éprouvent le plus grand embarras à se servir de modèles surannés que leur étroitesse et leur rigidité font désormais inacceptables.

L'auteur passe en revue les diverses méthodes de classement usitées depuis Esquirol jusqu'à nos jours et en expose brièvement les grandes lignes. Discutant, ensuite, avec soin, chacune des manifestations psychiques plus ou moins distantes de la normale qui s'offrent à l'étude du spécialiste, il les divise en groupes naturels dont la juxtaposition détermine le tableau ci-joint, synthèse de ses vues personnelles.

II. — *L'instinct sexuel chez les aliénés criminels*; observations et notes critiques du D^r F. Del Greco (n^{os} 1 et 2). — Le même écrivain a déjà étudié le fou *homicide et voleur*; c'est un travail analogue qu'il entreprend au sujet de l'aliéné à impulsions génitales délictueuses. Parmi ces malades, les *stuprateurs* occupent une place bien définie: leur personnalité physique et mentale révèle de nombreux arrêts de développement; par certains côtés, ils se rapprochent des voleurs, par d'autres, des homicides; des premiers, ils ont la timidité, la fourberie, la malignité; des seconds, l'orgueil, la cruauté, l'amour de la vengeance. Un défaut très marqué des fonctions organico-nerveuses les caractérise parfois: les arrêts de développement se confondent, chez eux, avec des stigmates morbides qui les rapprochent de certains déments, stuprateurs occasionnels ou simples impudiques (séniles, paralytiques, chroniques). En pareil cas, ils manquent d'énergie sexuelle; celle-ci se produit transitoirement, sous forme d'explosions qui ébranlent leur mentalité déviée. Ils éprouvent, aussi, des idées de grandeur, de jalousie, de persécution... De là, une lucidité relative teintée de confusion ou de délire, sur un fond d'insuffisance et d'impulsivité. — L'*homosexuel* offre des traits encore plus compliqués. C'est, tantôt un simple passif, imbécile, épileptique ou non, jeune encore et d'allures féminines, qui a cédé à l'imitation, à la violence, à la pression, en un mot, d'autres compagnons plus virils; tantôt un individu qui, en même temps qu'un développement supérieur de l'intelligence, possède d'autres caractères, signes d'une évidente homosexualité: humeur mobile, inquiète, qui varie de la

douceur et de l'attrait, à l'agressivité, à la violence, de l'amour à la haine, de la sujétion à la révolte. Ces états d'âme fleurissent chez les épileptiques, chez certains paranoïques avec délire de possession, chez quelques dégénérés à l'organisme mal développé, à physionomie clinique essentiellement variable... En de tels cas, on le voit, l'anomalie sexuelle accompagne la psychopathie; l'une et l'autre coïncident sur le terrain d'une *constitution anormale*, et les multiples manifestations de la folie (hallucinations, idées fixes, impulsions, aboulie, troubles imaginatifs), alimentent, renforcent, mûrissent la perversion sexuelle et transforment l'anomalie en psychose génitale confirmée. Certains de ces malades, violents et meurtriers, s'assimilent par leur impulsivité, leurs élans de haine, de révolte ou de vengeance, aux fous homicides simples; d'autres, habiles en feintes et en artifices, se rapprochent des fous moraux par leur mobilité d'humeur et d'allures, leur duplicité, leur astuce. En somme, deux ordres de faits dominent l'étude des homosexuels: la présence d'anomalies constitutionnelles, — l'existence d'altérations de l'intelligence et de la volonté; double point de départ pour les théories qui cherchent à expliquer les diverses psychoses et anomalies sexuelles.

Des études biologiques anciennes ou récentes tendent à faire considérer l'être humain comme potentiellement hermaphrodite; une semblable opinion étaye de sa valeur explicative la théorie qui voit dans l'homosexualité une résultante d'anomalies constitutionnelles. L'instinct sexuel est, comme tout autre, lié jusqu'à un certain point à la conformation; il en résulte que la transposition, chez un individu donné, non pas d'un seul mais de nombreux caractères sexuels, devrait influencer sur la direction totale de l'instinct; or, de nombreux cas se révèlent où de semblables modifications somatiques ne vont pas de conserve, malgré leur importance, avec les variations instinctives. Cette constatation et, surtout, le fait inverse, savoir, la présence d'hermaphrodisme psychique ou d'inversion sexuelle, chez des individus dont la conformation totale dénote évidemment une sexualité nettement définie dans un sens déterminé, disposent à croire que de tels caractères, bien que groupés, ont leur source ailleurs que dans le développement sexuel (race, mœurs, etc.), ou que l'influence d'un *facteur inconnu* a rompu tout lien entre l'instinct et les caractères somatiques. Ce facteur peut être organique (dégénérescence) ou psycho-intellectuel. L'observateur, en présence d'un problème sexuel, devra donc pousser son

examen jusqu'aux organes génitaux internes et aux centres nerveux (nécropsies). Dans ces derniers, probablement, il trouvera des différences histo-anatomiques importantes. Durant la vie du sujet, il étudiera soigneusement son imagination, ses tendances, ses goûts, son maintien, etc.; même chose pour les données somatiques.

Passons à la théorie psychologique. Chez l'homme, les appétits, les impulsions primordiales se réalisent à travers l'imagination et l'intelligence, en qui ils se concrètent. L'écorce cérébrale, siège des hautes expressions de la conscience, reçoit et entre-croise les faisceaux de fibres en relation avec les ganglions encéphaliques et spinaux, lesquels ont aussi une valeur psychologique et sont le foyer d'actes non seulement réflexes, mais encore automatiques et instinctifs. Le passage de ces ganglions au cerveau dépend d'un mécanisme nerveux dans lequel transparaît l'élément psychique, en ce sens qu'il est la matérialisation des expansions extrêmes de ce dernier. Ces expansions naissent, entre autres causes, à l'occasion des obscures et innombrables impulsions psycho-organiques montant vers elles. On peut voir dans l'imagination et l'intelligence comme le miroir du monde extérieur; l'influence du milieu social les éprouve fortement; sans compter que tous les agents perturbateurs de l'organisme et la folie avec ses drames internes (délires, idées fixes, émotions diverses) trouvent en elles une scène aussi vaste que multiforme. Les appétits génésiques, lorsqu'ils tendent à se définir et se développer, doivent donc s'adapter avec l'imagination et l'intelligence, en subir les influences compliquées. Les éléments actifs, chez celles-ci, agissent en facteurs plutôt qu'en stimulants de l'extériorisation sexuelle. L'extrinsécation érotique est une *résultante*; elle a toute une histoire et chaque épisode de celle-ci peut être modifié par des contingences diverses. L'instinct sexuel humain ne peut se concevoir isolément, détaché des idées, sentiments et actions qui l'accompagnent, pas plus qu'affranchi des désirs, des rêves, des discours de l'adolescent, de l'amour, de la séduction, du coït, des affections familiales qu'il engendre: cette énorme masse de faits reste sujette à d'innombrables conditions qui le troublent, l'arrêtent, l'excitent ou le dévient.

Dans l'analyse des anomalies et psychoses génitales, l'observateur doit donc établir non seulement les éléments et facteurs organiques, mais, encore, les générateurs psychologiques et sociaux; aux malformations corporelles évidentes ou supposées,

il faut ajouter les phénomènes morbides généraux, ceux d'ordre neurasthénique, psychopathique, psychologique, ceux d'imitation et de compression exercés par l'ambiance sur l'individu. Une classification rationnelle de ces éléments pourrait les grouper en : constitutionnels natifs, psychoneurasthéniques acquis et psychosociaux. Ceux de la première catégorie offriront à l'examen, outre l'anomalie morphologique (côté statique de l'individualité psychophysique), l'anomalie de tempérament y associée (côté dynamique). L'anomalie de constitution, à part les altérations périphériques, suppose des atteintes plus intimes, dans les centres mêmes dont l'imagination et l'intelligence constituent l'aspect subjectif. — Le facteur psychoneurasthénique acquis laisse supposer surtout des altérations de tempérament provenant de maladies ou de multiples contingences sociales. — Enfin, le dernier groupe renferme spécialement des modifications de caractère. Le caractère, ce mobile complexe variable au gré du milieu, représente la synthèse des phénomènes psychosociaux, déterminatifs d'une individualité ; aussi les plus simples modifications de caractère vont difficilement sans quelque trouble de la dynamique nerveuse (tempérament). De la sorte, il est possible, en considérant sous son triple aspect (caractère, constitution, tempérament), l'individualité humaine, de ramener ses diverses variations externes et internes (organiques, sociales, psychologiques) à des types déterminés, parties intégrantes de cette individualité et, par certains côtés, expression des multiples conditions ambiantes.

L'auteur, essayant d'un classement d'anomalies et psychoses génésiques, rangerait l'homosexualité et l'onanisme (transitoires et occasionnels) parmi les perversions sexuelles dérivées du milieu ; l'homosexualité et l'inversion acquises, le masochisme, le fétichisme, la masturbation chronique relèveraient de l'élément psychoneurasthénique ; l'inversion congénitale ressortissant au facteur constitutionnel ; le sadisme et le viol occuperaient une place analogue à celle-ci : ils résultent d'anomalies constitutionnelles noyées dans les infirmités de la criminalité native.

III. — *L'épilepsie psychique tardive chez les aliénés* ; par le Dr J. Lucchesi, médecin-adjoint de l'asile de Lucques (n° 1 et 2). — Il s'agit de deux malades (homme et femme) qui, depuis longtemps atteints, l'un et l'autre, d'une affection mentale en voie de résolution démentielle, virent le décours de celle-ci interrompu par des crises d'épilepsie psychique, tantôt isolées,

tantôt groupées. Chez tous deux, les accès offraient des caractères communs : soudaineté, durée très brève (quelques minutes), absence de motif extérieur, manifestations nocturne et diurne, ressemblance parfaite de l'un à l'autre, savoir : pâleur extrême, puis congestion violacée du visage, hyperhydrose, agitation psycho-motrice accentuée, bruyante, impulsions désordonnées, actes subits, agressifs, dangereux, exhibitionnisme, obscénité, courses effrénées, inconscientes à ne reconnaître ni obstacles ni dangers, teneur terrifiante du délire sensoriel épisodique, irritabilité psychique excessive, paroxysmes de fureur, impulsions foudroyantes et aveugles à la destruction des choses et des personnes, aussi bien qu'au suicide, confusion mentale, inconscience, amnésie, dépression psycho-physique post-accessuelle pouvant aller jusqu'à l'hébétude, la stupeur et, parfois, le sommeil. Ajoutons que le caractère mental propre à l'épileptique particularisait chacun de ces malades, qui présentaient, en outre, des stigmates de dégénérescence anthropologique et dont l'un, l'homme, subissait encore, des convulsions comitiales classiques, d'abord isolées, puis sérielles auxquelles il a du reste fini par succomber. L'autopsie de ce sujet a révélé une leptoméningite chronique, avec sclérose et atrophie de l'écorce cérébrale, surtout au niveau des centres psycho-moteurs; mêmes lésions avaient été signalées par Cristiani, dans son étude sur l'épilepsie *convulsive* tardivement développée chez les aliénés chroniques. L'examen histologique a mis en évidence, spécialement vers les zones frontales, des processus inflammatoires, une dégénérescence allant jusqu'à la destruction totale et complète des cellules et fibres nerveuses, des éléments de néoformations et de sclérose névroglique.

La pathogénèse de l'affection reste obscure : tout au plus peut-on mettre son développement en relation avec l'aliénation mentale « dans le substratum anatomique de laquelle on pourrait trouver la cause déterminante de l'épilepsie, comme sa cause prédisposante résiderait dans la dégénérescence héréditaire des intéressés... », qui comptaient des aliénés parmi leurs géniteurs ou leurs collatéraux.

IV. — *L'action physiologique du thymus et de la thyroïdine*; recherches expérimentales des D^{rs} Ventra et Angiolella (n° 1 et 2). — Les effets que peut avoir sur l'organisme l'ingestion du thymus ou celle de la glande thyroïde ont donné lieu à de nombreuses controverses; jeter un peu de clarté sur les points en discussion et tenter en même temps d'élucider l'action fonction-

nelle de ces deux glandes, aussi bien que leur valeur physiologique et thérapeutique, telles sont les fins que se proposèrent d'atteindre les rédacteurs de cet article, au moyen de leurs expériences. Elles ont consisté dans l'administration de tablettes, à base de thyroïdine seule, à un lapin et deux chiens; de tablettes thymiques à deux lapins et un chien; de tablettes mixtes à trois lapins et un chien; chaque tablette représentant 1 gramme de principe actif. La moyenne a été de deux à six par jour et par sujet. Un phénomène généralement observé a consisté dans l'amaigrissement progressif; mais sa marche et son importance ont varié avec l'espèce et la taille des animaux témoins. Dans la première série, la diminution de poids a été de 3 grammes par tablette ingérée, chez le lapin, et la mort est survenue donnant comme coefficient la proportion de 1 tablette par 12 grammes du poids primitif. Chez les chiens, l'amaigrissement fut de 3 et 6 grammes par tablette, mais la mort ne s'ensuivit point et même l'un de ces animaux put, grâce à l'accoutumance, en arriver à l'absorption quotidienne de 30 grammes de thyroïdine, non seulement sans inconvénients, mais en bénéficiant d'un embonpoint appréciable. La valeur toxique du thymus serait inférieure à celle de l'autre produit: il a donné seulement une chute pondérale de 2 gr. 79 par tablette et une proportion léthale équivalente à une tablette par 6 gr. 11 du poids brut, chez le lapin; chez le chien, la perte de poids fut de 0 gr. 96 par tablette, sans accidents mortels. — L'activité des deux substances augmente par leur ingestion simultanée: chez le lapin, l'amaigrissement équivaut, en moyenne, à 4 gr. 57 par tablette, tandis que la même dose est mortelle pour une masse vivante de 10 gr. 30 à 17 gr. 23; chez le chien, le phénomène d'adaptation signalé, plus haut pour la thyroïdine, s'est reproduit encore une fois.

Les lésions anatomo-pathologiques sont à peu près semblables dans les trois séries et, aussi, chez tous les animaux, qu'ils soient morts en cours d'expérience ou sacrifiés: hyperémie légère et diffuse sur les organes respiratoires et digestifs, érosions hémorragiques de l'estomac pouvant aller jusqu'à la perforation (un cas), intégrité complète des reins, enfin, *res notandæ*, atrophie thyroïdienne et réintégration plus ou moins marquée du thymus ou de ses vestiges. La lésion thyroïdienne résulte, soit de l'atrophie primitive du parenchyme donnant lieu à une hyperplasie réactionnelle du connectif interstitiel, soit à une inflammation interstitielle chronique d'essence primitive.

qui comprimant les alvéoles en provoque le rétrécissement jusqu'à l'oblitération totale. La première de ces hypothèses semble être la seule vraie. Les phénomènes intéressant la région thyroïdienne vont de la simple hyperémie du conjonctif rétro-sternal à la régénération confirmée du tissu glandulaire.

Cette poussée ne paraît pas être d'ordre vicariant ; il semblerait plutôt qu'il se révèle là une sorte de consensus fonctionnel entre les deux glandes. L'examen macroscopique des centres nerveux ne décèle rien d'anormal ; le microscope, tout au contraire, met en évidence des processus pathologiques variés : chromatolyse à différents degrés et de siège divers (partielle ou totale, périphérique ou périnucléaire), dégénérescence vacuolaire et globulaire (pigmentation jaune), modification du noyau (hypertrophie, achromie, ectopie, etc.). Ces altérations figurent surtout dans les lobes frontaux et pariétaux, sans prédominance bien nette des premiers aux seconds ou inversement ; leur disposition est irrégulière, aussi bien que leur abondance ou leur intensité ; elles se rencontrent, aussi, avec les mêmes caractères généraux de variation dans le type, la confluence ou la gravité, sur la protubérance et le bulbe, bien qu'un peu moins accusées peut-être dans l'ensemble.

La moelle est également affectée : ici, prédomine la dégénération jaune du noyau, tandis que l'écorce cérébrale se signale plutôt par la prépondérance du procès de dissolution dans la substance chromatique. En toute occasion, les cellules médullaires sont moins profondément atteintes que ces dernières et, fait notable, toujours moins altérées chez les animaux soumis à la thyroïdine ; elles le sont davantage chez ceux nourris de thymus ou maintenus au régime mixte. Il semblerait que la thyroïdine a sur le cerveau une action élective, de même que le thymus sur la moelle.

En résumé : 1° — Le thymus et la thyroïde ont sur l'organisme des effets analogues, à cela près que l'intoxication thymique n'est pour ainsi dire qu'un thyroïdisme atténué ; l'ingestion des deux substances donne lieu à un thyroïdisme aggravé.

2° — En général, le thymus procure une diminution de poids, mais en cela son action est inférieure à celle de la thyroïdine ; aussi, l'assuétude permet-elle à l'organisme de réagir dans le sens d'une élévation pondérale ; la chose peut se produire aussi avec la thyroïdine.

3° — L'action physiologique des deux substances étant identique et moindre la toxicité du thymus, il est logique de

substituer celle-ci à l'autre, avec l'espoir d'obtenir mêmes effets sans autant de danger pour l'organisme, dans tous les cas utiles, savoir : le myxœdème, la maladie de Basedow, le goitre, la polysarcie, les affections nerveuses par insuffisance ou lésion thyroïdienne, enfin la torpidité dans la réfection de certains tissus (os).

4° — Les notables altérations relevées dans les centres nerveux donnent l'explication des phénomènes névrosiques observés dans la maladie de Basedow, phénomènes résultant d'une hypersécrétion glandulaire avec intoxication consécutive. L'hyperémie et même la régénération du thymus ont encore (comme dans les expériences précédentes) été observées dans certains cas de la même affection.

5° — Si le produit normal de la thyroïde est destiné, comme on l'admet, à maintenir au sein des éléments nerveux une constitution chimique normale et déterminée, il est concevable que sa présence en excès puisse altérer cette même constitution et conséquemment les éléments eux-mêmes qui, dès lors, ne réagissent plus de la même façon en face des divers colorants.

6° — Enfin, la rencontre d'altérations similaires dans l'intoxication par le thymus donne à penser que la sécrétion de cette glande joue dans l'organisme un rôle identique à l'action thyroïdienne et qu'elle est aussi une substance nécessaire à la nutrition du système nerveux, — hypothèse confirmée par toutes les analogies signalées plus haut. Il est à remarquer aussi que le thymus disparaît précisément à l'heure où la thyroïde prend un développement plus considérable : il y a donc lieu de voir dans l'évolution et dans l'action de ces deux organes une oscillation compensatrice.

V. — *Résistance à la putréfaction des cellules de l'écorce dans la série animale*, par le Dr U. Alessi (nos 1 et 2). — Différents observateurs, avant le rédacteur de cette note, avaient déterminé, chez l'homme, l'ordre dans lequel la putréfaction attaque le système nerveux, savoir : la moelle, le bulbe et le cervelet, enfin le cerveau. Il a paru intéressant à l'auteur « de rechercher si, dans la série animale, il existerait une différence dans les altérations des cellules nerveuses soumises durant un temps variable à la putréfaction ». Les animaux en expérience furent : des lézards, grenouilles, taupes, pigeons, cobayes, lapins et chiens. Sur l'animal, sacrifié par décapitation, étaient prélevées cinq parcelles d'écorce cérébrale qui, placées dans une cloche de verre où pénétrait l'air, en étaient retirées après douze,

vingt-quatre, quarante-huit, soixante et soixante-douze heures et fixées au sublimé corrosif, puis colorées par la thionine et le bleu de méthylène. Pareil emprunt fut aussi fait au cerveau d'un phtisique, d'un cardiaque, d'un typhique et d'un décédé par urémie (néphrite interstitielle); l'examen eut lieu après soixante heures.

Après douze heures, aucune lésion apparente dans les cellules nerveuses du lézard, de la grenouille ou de la taupe; chez le cobaye et le lapin, le protoplasma cellulaire était inégalement coloré; cette particularité se montrait plus évidente encore chez le chien.

Après vingt-quatre heures, accentuation des anomalies précédentes : défaut de fixation de la substance colorante (lézard et grenouille); fragmentation des nodules chromatiques et commencement de chromatolyse (taupe et pigeon); lacunes, désagrégation des nodules, rupture dans les prolongements protoplasmiques et axiles, déplacement et déformation du noyau (lapin et chien).

Après quarante-huit heures : caryokinèse du protoplasma; déplacement et décoloration du noyau; dissémination ou disparition des prolongements protoplasmiques et axiles lacérés (grenouille, lézard); nombreuses lacunes, destruction de la paroi nucléaire, décoloration des granules du noyau devenu presque invisible (taupe et pigeon); diminution du volume des cellules, pâlissement, déformation du noyau, perception difficile du nucléole (cobaye et lapin); absence de protoplasma, réduction du noyau en une masse granuleuse, effacement du nucléole (chien).

Après soixante heures : apparence résiduaire du noyau, disparition du protoplasma représenté uniquement par des vacuoles et de petites masses granuleuses éparses autour du noyau (lézard, grenouille); déformation du noyau, zones incolores, dysvisibilité du nucléole (taupe, pigeon, cobaye); confusion, effacement des contours nucléaires, réduction de l'ensemble cellulaire à des grumeaux épars, sans orientation, autour d'un point plus coloré constituant le nucléole (lapin, chien). Après ce même laps de temps, les altérations observées chez l'homme furent les suivantes : caryolyse, noyau pâli, déplacé, entouré d'espaces clairs, prolongements fragmentés, granuleux, nucléole à peine coloré; cellules totalement détruites par endroits et réduites à des amas informes de granules (tuberculeux et typhique). Réduction et quasi disparition du protoplasma réduit à des grumeaux

décolorés, homogènes, entourant un noyau déplacé, décoloré, ridé; nucléole à peine perceptible (urémique). Noyau assez bien délimité, mais déplacé et pâli; protoplasma décoloré par zones, vacuolaire et réduit souvent à des amas de granules entourant sans ordre un nucléole très visible (cardiaque).

Il semblerait que les lésions sont d'autant plus profondes, d'autant plus graves que l'on s'élève davantage dans la série animale; la résistance des cellules cérébrales serait donc en raison inverse de leur activité. Les animaux inférieurs, êtres à manifestations psychiques réduites, voient leurs cellules constituées par des groupes moléculaires très simples et d'autant plus résistants; à mesure que l'on remonte l'échelle zoologique, la sensibilité s'accroît en même temps que se développe la puissance psychique.

Pour ce qui est de l'homme, les quatre observations visées, sans être concluantes, laisseraient supposer que « un processus infectieux altère plus gravement la cellule nerveuse (phtisie, dothiénentérie) que ne le ferait une intoxication (urémie), et surtout une simple « perturbation hydraulique » (cardiopathie).

VI. — *Un cas de fièvre hystérique.* Note clinique par le Dr Mario Fontana (nos 1 et 2). — Exposition et discussion d'une histoire clinique relative à certaine jeune fille de vingt-deux ans, entachée d'hérédité nerveuse et, au milieu d'autres accidents de nature essentiellement névropathique, atteinte d'accès fébriles apparus sans cause appréciable. La caractéristique de cette fièvre réside dans son irrégularité : de brusques élévations de température alternent avec de brusques descentes; tantôt elle affecte le type rémittent, tantôt la forme quotidienne. Les périodes sont de huit à dix jours, le maximum moyen varie de 37°5 à 38°5, avec élévation accidentelle et rare jusqu'à 39 degrés, une fois même à 40 degrés. Fait notable, cette pyrexie semble modifiable au gré de certaines impressions morales : c'est ainsi que la malade ayant, au cours d'un accès comptant déjà vingt jours de date avec intensité de 38°5 à 39 degrés, obtenu l'assurance d'aller au bal si elle guérissait, fut soudainement libérée de son mal et retomba « comme par enchantement » à sa température moyenne.

VII. — *Apport à la connaissance des paralysies progressives post-tabétiques;* par le Dr G. Garbini (n° 1, 2, 3). — Trente-sept observations, dont vingt-six relevées dans différents auteurs et brièvement rapportées. Les onze relations originales très soigneusement détaillées sont riches de faits cliniques

intéressants et provoquent des considérations judicieuses que résumant les conclusions suivantes : La paralysie post-tabétique est rare en Italie ; les 3.43 p. 100 seulement des paralytiques comptent le tabès dans leurs antécédents. — L'âge le plus convenable à l'évolution de la maladie correspond à la virilité (trente à quarante ans). — Le sexe masculin est plus souvent frappé que l'autre. — Les classes aisées sont d'une moitié ou d'un tiers moins prédisposées que les classes pauvres. — L'hérédité constitue la première et principale cause prédisposante : elle ne manque jamais. — La syphilis, l'alcool, les abus de toute nature, les perturbations morales jouent un rôle causal très important. — Aucun des précédents facteurs ne semble pourtant capable d'engendrer seul la maladie. — Le tabès affecte plus ordinairement le type dorso-lombaire. — La forme clinique prédominante de paralysie post-tabétique est la manie. — La durée totale de la maladie, de l'apparition du tabès à la mort, est extrêmement variable : un à quinze ans. — La durée d'incubation du tabès est impossible à déterminer, vu la multiplicité aussi bien que la répétition des causes prédisposantes. Pour la syphilis seule on peut dire que la période de préparation est de six à dix ans. Le temps qui s'écoule entre les premières manifestations tabétiques et paralytiques, varie d'ordinaire entre trois et cinq ans. — La paralysie post-tabétique paraît avoir un décours plus bref que la paralysie essentielle : la mort survient après un laps de douze à vingt-quatre mois. — Les lésions anatomiques sont celles du tabès et de la paralysie générale.

VIII. — *Passage du courant galvanique à travers l'écorce cérébrale* ; par le Dr U. Alessi (nos 1 et 2). — Description d'un dispositif de laboratoire permettant de vérifier expérimentalement si le courant traverse ou non l'écorce du cerveau, s'il a sur elle une action directe et susceptible de la modifier dans son fonctionnement. Les résultats obtenus permettent de répondre par l'affirmative.

IX. — *Un cas de méningocèle guéri par l'électricité* ; par le Dr Salvatore (nos 1 et 2). — A. C..., enfant d'âge inconnu, est porteur vers la région lombo-sacrée et sur la ligne médiane d'une tumeur pédiculée, transparente, variable de volume, recouverte d'une peau richement vascularisée. Absence d'apophyses épineuses au même niveau. Diagnostic : méningocèle.

La cure électrolytique est instituée : application de l'électrode-positive, humectée d'une solution de bicarbonate de soude,

sur la tumeur et de l'électrode négative, imprégnée d'acide tanique dilué, sur la cuisse ou le sternum. L'intensité galvanique de 8 à 10 m. A. les premiers jours, atteint progressivement 25 m. A., avec dix-huit minutes de durée. Le traitement, complet en cinquante séances, donne les résultats suivants : opacité marquée du liquide, endurcissement de l'enveloppe jusqu'à donner la sensation d'une peau épaisse, réduction au volume d'une grosse noix de la tumeur primitivement comparable à une mandarine.

Les différentes méthodes employées jusqu'à ce jour ayant toutes donné plus ou moins d'insuccès et même de graves mécomptes, l'auteur conclut à l'adoption de son procédé qui a, tout au moins, le mérite de l'innocuité.

X. — *Le travail dans les asiles italiens* ; par le professeur Fornassari di Verce (n° 3). — Plaidoyer en faveur du travail dans les asiles, surtout au point de vue économique.

XI. — *Physio-pathologie des lobes frontaux* ; par le Dr Ventra (n° 3). — Les théories et les hypothèses sont nombreuses autant que diverses, en ce qui concerne le rôle fonctionnel de tel ou tel territoire cérébral. L'énumération des aperçus émis au sujet des lobes frontaux, par exemple, amènerait sous la plume les noms de Hitzig, Meynert, Wundt, Flechsig, Bianchi, Ferrier, Munk, etc., pour n'en citer qu'un petit nombre. Pour Bianchi, le lobe frontal ne possède qu'un très petit nombre de fibres de projection, tandis qu'il renferme, au contraire, une vaste couronne rayonnante associative, dont les fibres se distribuent à la zone motrice et sensorielle, particulièrement au lobe occipital, par l'intermédiaire du faisceau fronto-occipital, et au lobe temporal surtout par la voie du faisceau arqué (longitudinal supérieur) de la capsule interne, comme aussi, peut-être, par l'entremise du faisceau unciforme de la capsule externe. Si bien que le lobe frontal, grâce à ces connexions, ne représenterait pas un centre simplement moteur ou sensoriel, mais le lieu de fonctions plus nobles, le point où se coordonnent et se fondent les expressions corticales d'un ordre moins élevé. D'autre part, des trois centres d'association admis par Flechsig, l'antérieur aurait la tâche physiologique la plus élevée : il représente le creuset où convergent et s'élaborent les éléments essentiels de la conscience et de la personnalité. Bianchi et Flechsig arrivent donc à des conclusions analogues. Partisan de ces mêmes vues, l'auteur cherche à les étayer par la publication d'une observation clinique dont voici les traits essentiels :

L..., quarante-six ans, maçon, entre, le 2 octobre 1895, à l'asile de Salerne comme atteint de démence épileptique. Pas d'hérédité psychique ou nerveuse. A quinze ans, L... a reçu dans la tête (région frontale droite) un coup de feu chargé à gros plomb; quelques-uns ont pénétré dans le crâne. Deux ou trois heures plus tard, il recouvre la voix et la conscience. Pas de troubles sensoriels ou moteurs à un moment quelconque de la cure qui comprend trois mois de lit et neuf mois de convalescence. L... n'a jamais manifesté de troubles mentaux caractérisés; mais, il est devenu misanthrope, taciturne, indifférent, distrait, c'est-à-dire tout différent de ce qu'il était jadis. Affaiblissement de l'énergie intellectuelle, de la mémoire, de l'initiative; travail machinal et sans goût. Après neuf années révolues sans changement appréciable, survient, en octobre 1876, la première crise épileptique succédant à un repas copieux largement arrosé: pas de changement psychique, sauf une aggravation de la tristesse et de l'irritabilité. Deuxième crise, quatre ans plus tard; les accidents convulsifs se rapprochent peu à peu et finissent par déterminer des accès de folie furieuse, plus fréquents durant l'été. Devenu menaçant et dangereux, il est conduit à l'asile. Là, l'examen somatique ne révèle rien de particulièrement notable, sauf une mydriase binoculaire avec paresse de la réaction lumineuse. Pas de troubles de la sensibilité, du goût, de l'odorat, de la motilité; réflexes normaux. Pas d'attaques, au début de son séjour; pas d'excitation quand elles ont reparu. Décadence intellectuelle, confusion mentale profonde. Le malade meurt de broncho-pneumonie bilatérale, le 26 juillet 1896, à quinze heures, soit trois heures du soir. — L'autopsie décèle, en rapport avec la lésion frontale extérieure, une saillie osseuse de 2 centimètres formée par le renversement de la table interne qui s'enfonce dans les méninges et la substance cérébrale avec adhérences en ce point. L'arrachement de la calotte met à nu, au niveau du lobe frontal droit, une large brèche cérébrale remplie d'un liquide citrin. Hyperémie de la dure-mère, flots pie-mériens d'épaississement nacré, léger œdème sous-arachnoïdien. Les lobes frontaux, flasques en apparence et atrophiés, sont, de haut en bas et de droite à gauche, creusés en un canal facilement perméable à l'index; ce conduit, recouvert de tissu cicatriciel et rempli de liquide, intéresse largement la partie antérieure des première et deuxième frontales: il s'ouvre à la face interne de l'hémisphère — de telle sorte que la paroi supérieure du canal est constituée par une bandelette appartenant à la

première de ces circonvolutions, — se continue dans le lobe préfrontal gauche par une ouverture en avant de la circonvolution du corps calleux et se termine (orifice de sortie) au milieu de la circonvolution orbitaire, sans intéresser l'olfactive. Sur l'aile sphénoïdale et en face de cette issue se trouvent deux gros projectiles adhérent à la dure-mère par du tissu connectif lâche. La fosse occipitale droite est le siège d'une collection purulente sous-mérienne de la grosseur d'un œuf de pigeon (foyer cérébelleux).

Après discussion des faits, l'auteur conclut par l'affirmation « qu'il reste pour lui démontré que l'unique symptôme direct de la destruction en foyer des lobes préfrontaux est le syndrome psychique appelé dissolution de la personnalité ». En d'autres termes, la clinique renforce et démontre la doctrine de Bianchi.

XII.— *La grande curabilité des traumatismes chez les aliénés*; par le Dr R. Fronda (n° 3). — Tous les médecins d'asile ont remarqué combien guérissent vite les lésions de toute nature qui atteignent leurs malades. Aussi, l'auteur n'a-t-il pas voulu seulement appeler l'attention sur un fait presque banal : c'est l'explication même de cette particularité qu'il tente de nous fournir. « Qui ne sait, dit-il, que les chiens et les chats obtiennent une guérison souvent rapide des blessures qu'ils subissent par le léchage du point intéressé? Étant donné les connaissances actuelles sur le phagocytisme comme moyen de défense des êtres vivants contre les assauts de leurs puissants inimicules, il est licite d'en inférer que le pouvoir phagocytaire atteint son maximum chez les animaux; d'autre part, repassant les expériences nombreuses faites sur des chiens, qui, d'abord effrayés, puis blessés, guérissent bien après d'autres sujets traumatisés sans épouvantement préalable, il convient de regarder la peur comme un agent de décroissance du pouvoir phagocytaire.

« En conséquence, on peut très bien admettre, chez les fous, des altérations telles, dans les échanges physiologiques, que le pouvoir bactéricide du sang se trouve augmenté, — pouvoir que ne sauraient troubler les modifications vaso-motrices ou trophiques résultant, chez les gens sensés, du choc traumatique et de l'émotion *a timore*... » Ce qui pourrait faire admettre le pouvoir bactéricide spécial au sang des aliénés, c'est de voir que, à lésion égale, la guérison survient bien plus vite chez eux que chez tout autre individu, dans les cas même les plus anodins où aucune impression émotionnelle ne saurait être

de mise. Il est de fait, aussi, que la peur donne lieu à un état dépressif analogue à celui des mélancoliques ; or, chez les aliénés, la curabilité, en matière de traumatisme, suit une gradation ascendante de la lypémanie au délire exubérant. Les maniaques guérissent mieux et plus vite qu'aucun de leurs congénères, à l'exception des épileptiques toutefois : mais, l'épileptique n'est-il pas un inconscient par excellence, parfois même un véritable fauve humain ? Cette constatation permet donc de conclure que « chez les gens sains d'esprit, la peur engendrant un état émotionnel dépressif affaiblit par cela même l'organisme et augmente sa réceptivité à l'égard des germes pathogènes, en diminuant le pouvoir bactéricide du sang... »

E. NICOLAU.

JOURNAUX ANGLAIS

Journal of mental science.

ANNÉE 1899 (*Suite*) (1).

XI. — *Considérations sur l'état mental dans l'aphasie*; par le D^r Conolly Norman (numéro d'avril). — Parmi les controverses auxquelles a donné lieu l'évolution de la faculté du langage, l'auteur mentionne celle qui s'éleva récemment entre Marie et Brissaud touchant la distinction admise par le premier, rejetée par le second, des centres préformés et adaptés.

Il remarque chez les sourds-muets la formation de signes conventionnels qui n'ont rien de commun avec le langage parlé et se demande pourquoi leur production ne ferait pas supposer l'existence d'un centre spécial. Si la faculté du langage était préformée, le langage serait identique pour toute la race. Elle ne l'est donc pas.

La faculté humaine, celle qui distingue l'homme de la brute, est la faculté d'expression qui le met en communication avec ses semblables. Le langage en est l'instrument habituel, non unique. En réalité, la faculté d'expression est quelque chose de surajouté au pouvoir de représentation ou d'enregistrement

(1) Voir les *Annales* de septembre-octobre et de novembre-décembre 1902.

dans la conscience. Cet acte fonctionnel s'exécute à l'aide d'un signe et ce signe est un mouvement musculaire, geste imitatif des membres, de la face, des organes vocaux. Dans la conscience, il prend la place de l'objet et il finit par y tracer une empreinte plus profonde que l'objet lui-même, qu'il est susceptible d'évoquer plus tard. La pensée devient alors possible en dehors des incitations organiques directes et les conceptions abstraites peuvent naître, grâce à l'adoption des signes. L'auteur montre l'importance du symbole dans notre vie mentale.

C'est au degré d'altération de la faculté expressive qu'il faut mesurer, dans l'aphasie, le trouble fonctionnel. Avec l'oblitération complète de l'expression apparaît la destruction totale du pouvoir intellectuel. L'homme qui en est privé descend au niveau de la bête, de l'enfant nouveau-né.

M. C. Norman étudie les conditions mentales de l'aphasie en se plaçant à ce point de vue.

Finkelbourg a décrit sous le nom d'*asymbolie* l'inaptitude à reconnaître les objets malgré l'intégrité relative des fonctions sensorielles. Cette affection a été appelée *apraxie* par Starr, *agnosie* par Frend. Elle a été étudiée par Pick. Un des malades de ce médecin offrait une légère aphasie motrice sans surdité verbale, une légère surdité psychique, une cécité psychique marquée et une perte notable de la faculté psychique du goût et de l'odorat. Chez un grand nombre d'individus atteints d'*asymbolie*, on a constaté une faiblesse mentale manifeste, le malade étant incapable de se servir, pour remplacer le sens affecté, d'un autre sens non atteint.

En résumé, la lésion capitale dans les cas d'aphasie, celle dont il faut rechercher la gravité, est le trouble des représentations symboliques.

Le cas de Grashey, où le malade ne pouvait nommer un objet reconnu par lui, mais désignait cet objet aussitôt qu'on le lui nommait, a soulevé bien des discussions; à vrai dire, il n'est explicable, comme bien d'autres cas d'aphasie, par aucune théorie de localisation. Les paralyvés généraux offrent parfois, après des crises congestives et passagèrement, un trouble fonctionnel semblable. L'aphasie des épileptiques a le même caractère transitoire. Bonhöffer a décrit un cas d'alcoolisme avec *asymbolie*.

La cécité psychique et la démence paralytique sont fréquemment associées. Dans cette dernière affection, la paralexie a été bien étudiée. La lésion de l'aphasie chez les paralyvés généraux

est parfois localisée, elle est le plus souvent diffuse. De même, chez les déments séniles, l'hémorragie focale n'est pas nécessaire pour produire l'aphasie. Un symptôme intéressant chez les séniles est la perte de l'orientation, qui empêche les vieillards de se reconnaître; il n'est autre chose qu'une cécité psychique.

Il semble évident que l'aphasie est constamment associée à des désordres vésaniques et que l'intelligence y est toujours plus ou moins compromise.

Elle peut reconnaître pour cause une lésion cérébrale peu étendue, limitée au siège de la fonction expressive; le retentissement sur la fonction psychique sera plus intense dans le cas d'une lésion capable de détruire l'association des idées.

En étudiant un aphasique, M. C. Norman conseille de procéder à deux examens séparés, le premier au début, *après le choc*, le second dans la suite. Ces malades sont sujets à varier, ils subissent aisément la fatigue cérébrale et une interrogation ne suffit pas avec eux. Il énumère ensuite les difficultés que le médecin peut rencontrer dans la détermination de la capacité mentale.

La forme d'aphasie qui oblitère le moins la faculté d'expression et qui, dès lors, est compatible avec la plus grande somme d'intégrité mentale, est celle qui est limitée au centre moteur du langage, centre glosso-kinesthétique de Bastian (circonvolution de Broca). Elle se complique presque toujours d'agraphie. Mais s'il n'y a pas alexie, la communication est encore facile avec le malade.

L'amnésie verbale est encore liée à l'aphasie motrice; c'est une condition fâcheuse. L'oubli des mots à l'état isolé n'est pas un obstacle insurmontable, si le malade peut comprendre le langage, répéter les mots et les lire à haute voix. Mais avec l'aphasie motrice, la recherche du pouvoir mental est plus ardue.

Les malades atteints de surdité verbale sont, c'est la règle, muets et paraphasiques. Ils prononcent et écrivent des mots sans y rien comprendre. Un malade de Pick, incapable de répéter et d'écrire sous la dictée, parlait et écrivait spontanément.

Ces individus sont sous le coup d'une débilité mentale caractérisée.

La cécité verbale s'accompagne en général d'agraphie. Si l'aphasique peut signer, cet acte a un caractère purement automatique; il équivaut à la croix des illettrés. Cependant quel-

ques malades ont pu conserver le pouvoir d'écrire. Celui de Déjerine ne comprenait aucun des mots qu'il écrivait sous la dictée.

L'association de la surdité psychique avec la surdité verbale, de la cécité des objets avec la cécité des mots, constitue des groupes symptomatiques d'une signification mauvaise. A l'asymbolie complète, correspond la démence absolue.

XII. — *Sept cents cas de paralysie générale des aliénés; analyse de tous les cas traités à l'asile du comté de Glamorgan de 1867 à 1896*; par le D^r J. G. Smith (numéro de juillet). — Quelques chiffres intéressants sont à relever dans ce mémoire.

De 1867 à 1897, il y a eu à Glamorgan 5.842 admissions, 3.193 hommes, 2.649 femmes.

Sur ce nombre, on compte 702 paralysies générales (12,3 p. 100) : 574 hommes (18 p. 100), 128 femmes (4,8 p. 100). La proportion des sexes est de 1 femme pour 4 hommes, et ce résultat est confirmé par les autres statistiques anglaises. Cette différence est moins marquée aux premiers âges de la vie.

Au-dessous de trente ans, on trouve 15 femmes pour 52 hommes (sur 3,4); de trente à trente-neuf ans, 64 femmes pour 273 hommes (sur 4,2); de cinquante à cinquante-neuf ans, 14 femmes pour 51 hommes (sur 3,6); au-dessus de soixante ans, 1 femme pour 8 hommes (sur 8).

Ces résultats s'écartent sensiblement de ceux de Baillarger et Doutrebente, qui affirment que la disproportion des sexes est moindre après quarante-cinq ans.

En divisant les trente années de cette statistique en périodes décennales, on voit que la paralysie générale augmente dans les deux sexes, mais surtout chez les hommes.

Au cours de ces trente années, l'âge moyen d'invasion de la folie pour les individus non paralytiques est trente-neuf ans chez les hommes, trente-neuf ans et demi chez les femmes. Or, pendant la première décade, les âges étaient respectivement 38,4 et 38,7. Ils ont donc reculé pendant la période trentenaire.

D'autre part, l'âge moyen de l'invasion chez les paralysés généraux est 38,6 pour les hommes et 37,3 pour les femmes; d'où l'on doit conclure que la paralysie générale apparaît à un âge un peu plus précoce que les autres affections mentales, mais que les hommes sont un peu plus âgés que les femmes et un peu plus jeunes que les autres aliénés. Arnaud

constate que l'âge moyen des paralysés généraux s'est abaissé. D'après Ritti, cet abaissement serait progressif depuis le commencement du XIX^e siècle.

Pour la fréquence de la maladie aux divers âges, cette statistique nous apprend qu'elle est plus forte entre trente et cinquante-cinq ans. Sur les 702 cas, 7 seulement avaient moins de vingt-cinq ans. Les plus jeunes malades étaient âgés de dix-neuf ans ; 2 avaient vingt et un ans ; 25 de vingt-cinq à trente ans, représentant un pourcentage de 9,4 sur le chiffre total des admissions. L'âge de soixante ans est atteint par 9 ; mais, sur ce nombre, 6 sont plutôt des séniles.

Pour l'état civil, on a constaté que les individus mariés paient le plus large tribut dans les deux sexes.

M. Smith considère chez ses paralysés trois types distincts : déments (pourcentage, 40), maniaques (54,2), mélancoliques (5,8). Ces formes diverses ont donné lieu aux remarques suivantes.

Pendant les trois périodes décennales, il s'est produit un accroissement remarquable du type dément et une diminution du type maniaque, qui est aujourd'hui moins fréquent qu'autrefois. C'est sur le groupe des déments que porte l'augmentation générale de la paralysie. C'est aux excès d'alcool et de tabac qu'il faut attribuer ce déplacement de la statistique. D'après Charpentier, l'abus du tabac provoquerait l'éclosion précoce de la maladie chez les sujets jeunes.

La durée moyenne a été, chez 434 hommes, de 23 mois, 8 ; chez 101 femmes, elle a été un peu plus longue, 24 mois, 4. Une proportion de 4,8 p. 100 de chaque sexe a vécu plus de cinq ans. 3 cas ont duré moins de quatre mois.

Chez les héréditaires, la durée moyenne a été de 24 mois, 6 pour les hommes et 25 mois, 5 pour les femmes. Pour les non héréditaires, elle n'a été que de 23 mois, 2 (hommes) et 24 mois, 1 (femmes). Avec ses tendances à la rémission, l'hérédité favorise la prolongation de la maladie (Mickle). En ce qui touche les rapports de l'état civil avec la durée, on trouve qu'elle est plus longue chez les femmes mariées et moindre chez les veufs. Les recherches de M. Smith sur l'influence des accès congestifs l'ont conduit à un résultat inattendu. Sur 319 paralysés généraux ayant eu des convulsions, la durée moyenne a été de 24 mois, 4 ; chez les autres, elle n'a été que de 23,4. A propos du type de la maladie, notre confrère fait une remarque intéressante. La démence ne correspond pas, comme on pourrait le

croire, à une marche lente et chronique. La durée est la même chez les déments et les maniaques (24 mois, 5). Elle est de 24,6 chez les mélancoliques. Elle est d'autant plus longue que la maladie a débuté à un âge plus jeune (au-dessous de 30 ans, 26 mois, 1; de 50 à 59, 18 mois). La durée varie avec la cause. Avec les causes physiques (alcool, maladie vénérienne), elle est plus courte qu'avec les causes morales. Les formes parétiques durent plus longtemps (241 cas, 25 mois, 6) que les formes ataxiques (44 cas, 24 mois, 1).

Le pourcentage des paralysies à convulsions s'est accru pendant les trente ans. Entre 1867 et 1876, il était chez les hommes de 46,7; de 1887 à 1896, il s'est élevé à 67,4. Il aurait, au contraire, diminué chez les femmes pendant ces deux décades (58,4 et 54,3). Le pourcentage des hommes morts de convulsions a augmenté (12 pendant la première décade, 18 pendant la troisième). Chez 28 p. 100 des hommes et 31 p. 100 des femmes, la maladie a débuté par une attaque épileptiforme. L'âge semble influencer sur la production des crises. Elles sont d'autant plus fréquentes que le malade est plus âgé au début de la maladie. Les formes parétiques semblent y disposer davantage (241 formes parétiques, 71 p. 100; 41 formes ataxiques, 47,7 p. 100). Les convulsions paraissent être sans influence sur l'invasion de la démence.

Au paragraphe de l'étiologie, nous voyons figurer les causes physiques dans une proportion de 32 p. 100, les causes morales étant représentées par un chiffre de 6 p. 100. L'alcoolisme compte pour moitié dans cette évaluation. Toutefois, cet élément causal n'influe pas davantage sur la production de la paralysie générale que sur celle des vésanies ordinaires.

Tandis que l'action de l'hérédité paraît s'être accentuée pour les aliénés ordinaires au cours de ce trentenaire (de 8,2 p. 100 à 30,8 p. 100), elle se serait affaiblie pour les paralytiques (de 20,3 p. 100 à 7,5 p. 100). Enfin, l'auteur remarque le faible nombre des morts par maladies intercurrentes parmi les paralytiques généraux et il se montre satisfait de la rareté des escharres et des hématomes, qui est à l'honneur du personnel des asiles.

D^r PONS.

BIBLIOGRAPHIE

Zur Ätiologie und pathologischen Anatomie der periodischen Irreseins (Étiologie et anatomie pathologique de la folie périodique); par le D^r Alexandre Pilecz, assistant de la Clinique psychiatrique de Vienne, 1900.

Le principal facteur étiologique de la folie circulaire réside surtout, pour la majorité des observateurs qui ont étudié cette psychose, dans le fonds héréditaire, dans la prédisposition native. On a même remarqué que l'hérédité similaire est fréquente chez les malades, et l'auteur relate le cas d'une femme de son service, dont le père, quatre fois déjà, s'était vu séquestrer pour des accès de manie périodique.

A côté de la réceptivité originelle, se rencontre aussi un élément causal de grande importance, la disposition acquise, provenant surtout d'ébranlements, de dommages cérébraux de toute nature et constituant non pas seulement un facteur occasionnel, mais plutôt une aptitude nouvelle, une évolution préparatoire. De ces atteintes néfastes, le traumatisme crânien est la seule invoquée, et connue jusqu'ici; son action étiologique est double dans l'éclosion de la folie circulaire: tout d'abord, il fait du cerveau un point faible, durablement malade, sur lequel s'exercera d'autant mieux l'influence de la prédisposition concomitante; en second lieu, il peut en même temps représenter un agent périphérique d'irritation, une cause déterminante d'ordre réflexe, par sa cicatrice éventuellement douloureuse: « Il existe, cependant, une autre altération cérébrale également acquise, capable d'entraîner après soi la folie périodique, altération qui, jusqu'à présent, n'a pas obtenu des auteurs ayant scruté l'étiologie de cette psychose une considération suffisante... » Le premier, von Wagner, professeur de clinique mentale à Vienne, appela sur cette particularité l'attention de l'écrivain, qui, de ses lectures autant que de ses observations personnelles, croit pouvoir fermement conclure à l'importance des lésions organiques en foyer comme élément producteur de la psychose à double forme. Le recensement de

tous les cas rapportés dans la littérature médicale, auxquels viennent se joindre cinq relations personnelles, originales, porte le nombre total des individus observés, — et nécropsiés, pour la plupart, — au chiffre de vingt-cinq. Pour huit d'entre eux, l'investigation cadavérique n'a donné aucun résultat; chez dix autres, on a rencontré des lésions manifestes; les sept restants avaient tous présenté, durant leur vie, des symptômes cliniques révélateurs d'atteintes cérébrales indubitables.

La folie à double forme est une des psychoses qui conduit le plus rarement à la démence; or, une particularité saillante, dans l'histoire clinique des vingt-cinq malades ci-dessus, est la suivante : aucun de ceux, chez qui l'autopsie fut négative, n'avait jamais témoigné le moindre affaiblissement intellectuel; tous les autres avaient éprouvé une diminution plus ou moins notable des facultés. Ce ne peut être là une simple coïncidence, et l'explication que propose l'auteur est la suivante : le foyer, quel qu'en soit l'emplacement, — pourvu qu'il ne siège pas dans une région indifférente, bien entendu — « exerce, à la façon d'un corps étranger, une irritation permanente sur les centres nerveux et contraint le cerveau à une réaction intermittente, sous forme de psychose. » Ces lésions offrent-elles un caractère pathognomonique spécial à la folie circulaire, soit dans leur type, soit dans leur siège? Assurément, non; on peut seulement voir en elles des « cicatrices », néfastes pour leur voisinage et provenant d'hémorragies, de ramollissements ou de traumatismes. D'autre part, la grande majorité des aliénés circulaires, qui puisent dans l'hérédité l'origine de cette affection, accomplissant leurs destinées sans fournir le moindre signe d'affaiblissement intellectuel; faut-il en conclure que leur mal évolue indépendamment de tout substratum anatomique? Cette opinion répugne trop à un esprit scientifique. Il est vrai que l'autopsie est ordinairement négative (exemple, les huit cas précédents); il est vrai, aussi, que la permanence des facultés ne permet pas de supposer une altération centrale. L'auteur supplée à l'inconnu par l'hypothèse suivante : « Je pense, dit-il, que nos recherches microscopiques et histologiques devraient, quant à la folie périodique, aborder certains points de son domaine spécial, lesquels sont, jusqu'à présent, restés complètement négligés : conjonctures morphologiques, telles que anomalies d'évolution, arrêts de développement, etc.; — détails histologiques relatifs au plan des éléments cellulaires, etc., etc.; elles devraient, en un mot, porter sur des

expressions tératologiques et non plus seulement pathologiques, capables de nous conduire à la connaissance d'un système nerveux central originairement faussé dans son assiette, expressions figurant, en quelque sorte, dans l'encéphale, autant de stigmates dégénératifs. De cette nature seraient les altérations supposables dans le cerveau de semblables malades où, chose encore admissible, naturellement, la technique affinée de l'histologie, telle que nous l'a faite la méthode de Nissl, permettrait de découvrir, dans les éléments cellulaires, certains changements caractéristiques, mais passagers et réparables, correspondant à des manifestations psychopathiques périodiquement renouvelées et, chaque fois, dénouées par la guérison. »

Cette opinion est personnelle à son promoteur; n'ayant pas eu de sujet à autopsier, il n'a pu en vérifier l'exactitude matérielle; certains faits cliniques semblent, néanmoins, lui être favorables. Il est un point, notamment, dans la symptomatologie de la folie périodique, fort intéressant à cet égard et sur lequel les auteurs français ont particulièrement insisté (Ritti, Falret, Régis, etc) : ils ont noté que, durant la phase maniaque, surtout, de la folie cyclique, — plus rarement pendant l'autre, — surviennent épisodiquement des poussées congestives avec inconscience passagère, légères convulsions, troubles verbaux, paralysies transitoires, etc. Ces accidents n'ont pas grande valeur symptomatique, en général; mais il semble juste à l'auteur de les rattacher à ces lésions cérébrales qui, sans doute, ont directement « lancé » la phrénie en cours, d'y voir des « renforts » à un processus cérébral antérieur, devenu cliniquement manifeste grâce à une localisation récente. Au reste, une remarque également concordante est à faire, concernant le grand nombre de malades périodiques dont l'enfance fut assombrie par des accidents cérébraux. La signification qu'il donne à ceux-ci, tout aussi bien qu'aux états congestifs plus haut signalés, lui paraît légitime en raison des découvertes nécropsiques déjà réalisées; il conclut donc :

« Ainsi nous serait révélée, au nombre des causes prédisposantes de la folie périodique, la notion d'un facteur tout nouveau, digne de figurer en regard de la prédisposition héréditaire essentielle; parmi les lésions acquises, peuvent aussi prendre place, à côté du traumatisme cranien, des affections organiques revêtant à nos yeux le caractère commun de *cicatrices cérébrales*. »

E. NICOLAU.

Annual report of the Elmira Reformatory for the year ending septembre 30, 1900 (Rapport annuel de la maison de correction d'Elmira pour l'année financière finissant le 30 septembre 1900). Broch. in-8°, 1901.

L'Etablissement d'Elmira qui fonctionne depuis vingt-cinq ans, reçoit tous les prisonniers que lui envoient les tribunaux de l'Etat de New-York aux fins de correction, d'amendement et de moralisation.

La population, durant l'année à laquelle s'applique le présent rapport, s'est élevée à 2.050 dont 666 admis durant l'année; 774 ont été rendus à la liberté; la population moyenne a été de 1.365.

Ce document signale la réforme complète du conseil d'administration, accusé de laisser-aller et d'une certaine incurie. Le nouveau conseil s'est efforcé de rétablir la discipline, de lutter contre la tuberculose qui décime les détenus, et d'éliminer les aliénés trop nombreux parmi eux. Pour cela un examen attentif doit avoir lieu à l'arrivée de chaque pensionnaire.

Cette question des aliénés mêlés à la population d'une maison de correction est des plus intéressantes et donne lieu de la part du conseil d'administration aux remarques suivantes : Les aliénés, à la maison de correction d'Elmira, appartiennent à trois classes : 1° ceux qui sont déjà atteints d'une psychose quelconque au moment où ils sont envoyés en correction par les tribunaux (nous dirions, ceux qui sont victimes d'une erreur judiciaire); 2° ceux qui sont déjà atteints de folie, mais seulement à la période d'incubation, et par conséquent à une époque où le diagnostic n'est pas toujours possible; 3° ceux qui deviennent malades du fait même de leur séjour dans l'établissement.

Ces trois catégories d'aliénés doivent être dirigées sur l'hôpital Matteawan pour aliénés criminels, la maison d'Elmira n'étant pas faite pour servir de refuge à des individus qui ne sont pas susceptibles d'y réformer leurs penchants vicieux. Durant l'année écoulée, 78 individus ont été ainsi éliminés de l'établissement pour cause de folie; 47 d'entre eux avaient déjà été condamnés, quelques-uns plusieurs fois. « Dans quelle mesure, dit le rapport, leur premier crime est-il attribuable à l'affection mentale que nous avons été les premiers à diagnostiquer, c'est ce qu'on ne peut dire; mais ce qui est certain, c'est

qu'une grande part de ces crimes a été accomplie par des irresponsables ayant besoin de soins et non de punitions. »

Elmira ne reçoit pas seulement des adolescents et des jeunes gens à leur premier délit, car l'âge moyen des détenus est de vingt-deux ans. Beaucoup ont plus près de trente que de vingt ans. Toutes les sortes de délits ou de crimes inscrites dans le Code sont représentées parmi eux.

Au point de vue disciplinaire, on a abandonné les châtiments corporels (fouet); et le nouveau bureau ne veut plus admettre l'emploi des détenus comme surveillants ou moniteurs pour d'excellentes raisons que tout le monde comprend. En un mot, il est plein de bonnes intentions et semble résolu à lutter contre l'écœurante routine, qui, paraît-il, existe en Amérique comme ailleurs. Ce n'est pas, toutefois, pour nous une consolation. Notons que ce nouveau bureau est l'émanation du président Roosevelt comme gouverneur de l'État de New-York.

A. CULLERRE.

L'être subconscient; par le D^r E. Gyel, 1 vol. in-8°, 191 p. Alcan, éditeur, Paris 1899.

De l'étude de tous ces faits obscurs de psychologie anormale que nous ont révélés l'hystérie, l'hypnose, la télépathie, le médiumnisme, les actions à distance, etc., l'auteur tire deux hypothèses qu'il considère comme démontrées; ce sont: l'hypothèse de l'*extériorisation* (phénomènes d'actions à distance et d'actions de pensée à pensée) et l'hypothèse de la *subconscience* (présence en nous de facultés et de connaissances indépendantes de la conscience normale). Les deux hypothèses se ramènent à une seule: celle d'une force intelligente subconsciente et extériorisable coexistant dans le moi avec la force intelligente consciente normale. La seconde a pour organe le cerveau; la première n'est pas fonction actuelle de l'organisme et en est indépendante; elle doit forcément préexister et survivre à cet organisme.

Cette doctrine hardie — je dis hardie, parce qu'elle a la prétention d'être rigoureusement scientifique — permet à l'auteur d'établir les principes d'une philosophie moniste qui lui est propre. « Le monisme ainsi complété et transformé, dit-il, donne une interprétation simple, claire et complète de l'univers, de la cause première, du but de la vie, de la destinée, des

mondes et des êtres ». Je le voudrais bien, si j'étais aussi sûr que M. Gyl que son système est, autant qu'il le dit, en accord avec toutes les connaissances scientifiques, mais...

A. CULLERRE.

L'hypnotisme et les suggestions hypnotiques; par le D^r J. Vires, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, in-8° de 63 pages. Coulet et fils, éditeurs, Montpellier, 1902.

L'auteur s'est proposé dans cette leçon de dire ce qu'était l'hypnotisme avant la période contemporaine, de le montrer se précisant, se fixant, évoluant de Mesmer à Charcot, en passant par l'abbé Faria et par Braid, se débarrassant, dans des étapes de plus en plus scientifiques, de son caractère mystique et métaphysique pour entrer enfin dans le domaine des phénomènes cérébraux connus. Avec un sens clinique méritoire, il apprécie la valeur réciproque des doctrines de la Salpêtrière et de Nancy et montre que cette dernière a eu le mérite d'établir d'une façon indiscutable que l'hypnotisme est tout entier dans la suggestion. L'exposé de M. Vires, bien que forcément elliptique, suivant sa propre expression, n'en résume pas moins d'une façon claire et suffisante l'histoire de cette nouvelle branche des connaissances humaines.

A. CULLERRE.

Notes on the treatment of diseases of the nervous system (Notes sur le traitement des maladies du système nerveux); par J. J. Graham Brown, médecin assistant de l'Infirmierie royale, Edimbourg. 2 broch. in-8°, 1901.

Ces « notes » sont des leçons de thérapeutique appliquée aux maladies du système nerveux. Deux de ces leçons (les IV^e et V^e) nous sont parvenues. Nous en donnons ici une courte analyse.

A. — *On the treatment of paralysis resulting from lesion of the upper motor neuron* (Sur le traitement de la paralysie résultant d'une lésion du neurone moteur supérieur). — Après quelques considérations physiologiques sur les centres moteurs supérieurs et les diverses lésions qui sont susceptibles de les

atteindre, lésions qui sont habituellement la conséquence d'une toxi-infection, l'auteur passe en revue les moyens qu'offre la thérapeutique pour combattre la paraplégie spasmodique, la paralysie cérébrale infantile, les myélites, la sclérose multiloculaire. Il fait ressortir l'indigence de ces moyens et insiste sur les précautions hygiéniques qu'exige, dans certaines de ces maladies, la tendance à la cystite, au décubitus et aux escarres.

Passant ensuite aux affections qui provoquent une compression mécanique des centres nerveux, il étudie le traitement de l'attaque apoplectique, de l'hydrocéphalie chronique, et des tumeurs cérébrales; les indications du trépan, la médication antisiphilitique.

Vient ensuite l'étude des diverses causes de compression de la moelle : hématomyélie, tuberculose du rachis et les indications qui en résultent.

Cette leçon, tout à fait classique d'ailleurs, se termine par la revue des indications thérapeutiques qui résultent du ramollissement, de la thrombose et de l'embolie des centres nerveux.

B. — *On the treatment of irritative diseases of the upper motor neuron* (Sur le traitement des affections irritatives du neurone moteur supérieur). — Cette leçon commence par faire ressortir les différences saisissantes qu'il y a entre les symptômes des lésions irritatives et ceux des lésions destructives des centres nerveux.

L'auteur nous présente ensuite un tableau de l'épilepsie, de ses lésions, de ses causes qui se résument, d'après lui, dans une intoxication endogène ou exogène et expose les diverses méthodes de traitement appliquées à cette affection, la bromuration sous ses différentes formes, les autres médicaments classiques et, pour l'épilepsie symptomatique, les indications du trépan.

L'éclampsie infantile, la tétanie, la chorée sont ensuite étudiées au point de vue du traitement et résument exactement les données classiques sur ce sujet.

A. CULLERRE.

A new method in brain study (Une nouvelle méthode dans l'étude du cerveau) ; par le Dr Wallace Wood. Broch. in-8° New-York, 1899.

Cette brochure de moins de cinquante pages est un recueil de cinq opuscules d'allure beaucoup plus fantaisiste que scien-

tifique. Si prétendre que certaines régions du manteau cérébral ressemblent d'une manière frappante à l'oreille d'un chat et que d'autres représentent à s'y méprendre l'*anthemion* ou fleur symbolique tracée par les Egyptiens, les Assyriens et les Grecs sur les tombeaux, constitue une méthode d'étude, elle est assurément nouvelle; on peut même ajouter originale; surtout si, comme le fait l'auteur, on déduit de ces constatations baroques des conséquences d'un mysticisme bizarre et inquiétant.

A. CULLERRE.

The mesial relations of the inflected fissure; observations in one hundred brains (Rapports de l'incisure préovaleire sur la face interne de l'hémisphère; observations faites sur cent cerveaux); par Edward A. Spitzka Broch. in-8°. New-York, 1901.

L'*inflected fissure* de l'auteur est l'*incisure préovaleire* de Broca, le *sulcus paracentralis* ou *praeparacentralis* des Allemands. Dans 80 p. 400 des cerveaux examinés l'auteur a trouvé ce sillon nettement figuré. Suit une discussion impossible à résumer sur les formes multiples qu'affectent les incisures et sillons de la surface interne du lobule paracentral.

A. CULLERRE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes Session de Limoges. Comptes rendus publiés par le D^r P. Doursout, secrétaire général. 1 vol. in-8° de 590 pages avec planches. Paris, Henri Charles-Lavauzelle, s. d.

— Eighty-eighth annual report of the trustees of the Massachusetts general hospital concerning the Mc Lean hospital at Waverley. 1901, 128 pages in-8. Boston. The Barta press, 1902.

— Die Differentialdiagnose zwischen Epilepsie und Hysterie; par le prof. A. Hoche, de Strasbourg. 36 pages in-8°. Berlin, August Hirschwald, 1902.

— Deuxième Congrès international de l'hypnotisme expérimental et thérapeutique, tenu à Paris du 12 au 18 août 1900.

Comptes rendus publiés par les D^{rs} Bérillon et Paul Farez. 1 vol. in-8° de 320 pages avec planches. Paris, Vigot frères, 1902.

— Hallucinations and illusions. Annual address before the Middlesex South district medical Society, april 17, 1901; par le D^r George T. Tuttle. 27 pages in-8°. Extrait de l'*American Journal of insanity*, 1902.

— Der Schutz der Geisteskranken in Person and Eigentum; par le D^r Max Fischer, médecin en chef d'Illenau. 68 pages in-8°. Leipzig, S. Hirzel, 1902.

— Treatment of paresis; its limitations and expectations; par le D^r Edward Cowles. 10 pages in-8°. Extrait de l'*American Journal of insanity*. Avril 1902.

— On certain studies with the ergograph; par August Hoch. 9 pages in-8°. Extrait du *Journal of nervous and mental diseases*, s. d.

— Un case de demencia precoce da puberdade. Contribuição ao estudo da hebefrenia. Dissertação inaugural; par le D^r Mario Leal. 56 pages in-8°. Rio-de-Janeiro, 1902.

— Forty-fourth annual report of the general board of Commissioners in Lunacy for Scotland. 1 vol. in-8° de 168 pages. Glasgow, 1902.

— Trattato di psichiatria ad uso di medici edegli studenti; par le prof. Bianchi, de Naples. Broch. in-8°. Deuxième partie : de la page 171 à la page 377. Napoli, s. d.

— Von der Nervenzelle und der Zelle im Allgemeinen; par Paul Kronthal. 276 pages in-8° avec planches. Jena, Gustave Fischer, 1902.

— Des états anxieux dans les maladies mentales; par le D^r Gaston Lalanne. Rapport présenté au Congrès de Grenoble. 87 pages in-8°. Grenoble, 1902.

— Psychiatrie für Aerzte und Studirende bearbeitet; par le prof. Th. Ziehen, d'Utrecht. 1 vol. in-8° de 752 pages. Leipzig, S. Hirzel, 1902.

— Troubles psychiques dans le paludisme; par le D^r Jean Cardamatis. 23 pages in-8° de la *Bibliothèque de la Grèce médicale*. Syra, 1901.

— Les obsessions et les impulsions; par les D^{rs} A. Pitres et E. Régis. 1 vol. in-18 (433 pages) de la *Bibliothèque internationale de psychologie expérimentale*. Paris, Octave Doin, 1902.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

Arrêtés d'octobre 1902 : M. le D^r CHAUSSINAND, directeur-médecin de l'asile de Saint-Lizier (Haute-Marne), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (8.000 fr.);

MM. le D^r TRUELLE, médecin-adjoint de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher); BRUNET, médecin-adjoint de l'asile de Moulins (Allier), et POCHON, médecin-adjoint de l'asile de Lesvellec (Morbihan), sont promus à la 1^{re} classe de leur grade (3.000 fr.).

— *Arrêtés de novembre 1902* : M. GUILLOT, directeur de l'asile Sainte-Anne, à Paris, est promu à la classe exceptionnelle de son grade (8.000 fr.);

M. le D^r PÉLISSIER, médecin-adjoint de l'asile de Pierrefeu (Var), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Marseille (poste créé).

NÉCROLOGIE.

D^r PÉCHARMAN. — Nous avons le regret d'annoncer la mort d'un jeune collègue des plus distingués, le D^r Pécharman, décédé le 16 novembre dernier, dans sa trente-huitième année, à la suite d'une longue et douloureuse maladie.

Alexis Pécharman, né à Castellane (Basses-Alpes), le 17 juillet 1865, commença ses études de médecine à Toulouse, puis vint à Paris où il fut pendant trois ans externe des hôpitaux. En 1890, il se présenta au concours d'internat des asiles de la Seine et fut reçu premier. Il passa successivement dans les services de MM. Marandon de Montyel, Magnan et Paul Garnier, où il fit ample provision de matériaux pour les travaux qu'il devait publier plus tard.

C'est en 1893 qu'il soutint sa thèse de doctorat; il avait choisi pour sujet les psychoses de la vieillesse. Ce travail fut apprécié et méritait de l'être.

L'année suivante, le D^r Pécharman concourut pour l'adjuvat des asiles d'aliénés dans la région de Paris; reçu le premier, il fut peu après, le 16 juillet 1894, envoyé comme médecin-adjoint à l'asile de Lafond, près La Rochelle (Charente-Infé-

rieure). Huit mois après, il fut appelé en la même qualité à l'asile de Clermont (Oise). Enfin, le 8 janvier 1901, il fut nommé médecin-directeur de la colonie familiale de Dun-sur-Auron, situation qu'il dut quitter en mars 1902, pour raison de maladie.

Outre sa thèse de doctorat, le D^r Pécharman a recueilli et publié les leçons de M. Magnan sur « les délires systématisés dans les diverses psychoses » ; puis plus tard, dans le volume du *Traité de thérapeutique* d'Albert Robin consacré au traitement des maladies mentales, il publia en collaboration avec M. Magnan le chapitre premier ayant pour objet les « notions de pathologie et de thérapeutique générales sur les maladies mentales », ainsi que les chapitres VII et IX où sont exposés le traitement des délires de persécution et de la folie intermittente.

Notre regretté collègue concourut aussi deux fois pour le prix Civrieux à l'Académie de médecine, et chaque fois il obtint le prix : la première, en 1897, sur la question de la « valeur séméiologique des délires systématisés » ; la seconde, en 1898, sur les « obsessions en pathologie mentale ».

Nous avons dit que le D^r Pécharman dut abandonner son service de médecin-directeur de la colonie familiale de Dun-sur-Auron, en mars 1902, pour cause de maladie. Il était, en effet, atteint d'un néoplasme abdominal dont la rapide évolution devait vite avoir raison de la forte constitution de notre jeune collègue, ainsi que de l'énergie de sa volonté.

On ne peut qu'être profondément impressionné en voyant ainsi disparaître en pleine sève une jeune intelligence qui avait devant elle « les longs espoirs et les vastes pensées », dont le passé, déjà brillant, répondait de l'avenir. Nous comprenons la désolation qu'a causée cette mort prématurée dans le cœur de la famille et des amis du D^r Pécharman ; ce deuil, nous le partageons et nous joignons nos vifs et profonds regrets aux leurs.

A. R.

CONCOURS D'ADJUVAT DES ASILES D'ALIÉNÉS.

Le concours d'adjuvat des asiles publics d'aliénés de France, institué par l'arrêté ministériel du 9 mai 1902, s'est ouvert, au ministère de l'Intérieur, le 10 novembre dernier, et s'est terminé le 24 du même mois.

Le jury était composé de la manière suivante :

Président : M. le D^r DROUINEAU, inspecteur général des services administratifs, au ministère de l'Intérieur.

Membres titulaires : MM. le D^r MAIRET, professeur de clini-

que des maladies mentales à la Faculté de médecine de Montpellier ;

Le D^r RÉMOND, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Toulouse ;

Le D^r RÉGIS, chargé de cours à la Faculté de médecine de Bordeaux ;

Le D^r MAGNAN, médecin en chef à l'asile clinique de Sainte-Anne ;

Le D^r ROUSSET, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Bron (Rhône) ;

Le D^r ANGLADE, directeur-médecin de l'asile public d'aliénés d'Alençon (Orne).

Membre suppléant : M. le D^r Giraud, directeur-médecin de l'asile public d'aliénés de Sainte-Yon (Seine-Inférieure).

Trente-six candidats s'étaient fait inscrire pour ce concours, mais vingt seulement ont été admis aux épreuves orales à la suite desquelles onze ont été déclarés par le jury aptes à être nommés médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés.

Ce sont, par ordre de classement, MM. les docteurs :

1^o MERCIER, chef de la clinique des maladies mentales à la Faculté de Paris ;

2^o CAPGRAS, interne à l'asile Sainte-Anne ;

3^o SIMON, interne à l'asile Sainte-Anne ;

4^o LAGRIFFE, interne des hôpitaux de Toulouse ;

5^o AUBRY, interne de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle) ;

6^o COULONJOU, chef de la clinique des maladies mentales à la Faculté de Toulouse ;

7^o PARANT, interne à l'asile Sainte-Anne ;

8^o VERNET, interne de la Maison nationale de Charenton ;

9^o GIMBAL, interne de l'asile de Villejuif (Seine) ;

10^o *ex æquo*, MASSELON, interne de l'asile de Ville-Evrard, et MALBOIS, ancien interne des hôpitaux de Montpellier.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ.

1. *Tentative d'homicide.* — On lit dans le *Journal* (n^o du lundi 29 septembre 1902) :

Un mouleur sur cuivre, Louis Terennage, âgé de quarante-trois ans, demeurant 78, rue du Pressoir, a tenté de tuer sa femme, la nuit dernière, dans les circonstances suivantes :

Le malheureux, à la suite d'excès alcooliques, était atteint, depuis plusieurs mois, d'une maladie noire, caractérisée par la crainte continuelle d'ennemis imaginaires. Ces ennemis prenaient, le plus souvent, dans l'imagination morbide du mouleur,

les traits de son propriétaire ; il l'accusait d'élever secrètement des serpents qui auraient pour mission de le dévorer, et, au cours des nombreuses crises de *delirium* qu'il subissait, il croyait voir les reptiles s'avancer vers lui, menaçants. Alors, le fou devenait terrible. S'emparant de tous les objets qui se trouvaient à sa portée, de tout ce qui pouvait constituer une arme, il se ruait sur les personnes présentes. Le plus souvent, c'était sa femme qui avait à repousser les assauts du forcené, et c'est ce qui arrivait hier encore. Vers trois heures du matin, Terennage, qui était couché, se réveillait subitement en proie à une de ses hallucinations coutumières. Il se dressait sur son séant, poussant des cris affreux ; puis, voyant sa femme épouvantée s'enfuir à travers la chambre, il courut à un couteau qui traînait sur une table et s'élança à la poursuite de la pauvre femme. Celle-ci réussit à descendre l'escalier et à gagner la rue, ayant toujours sur ses pas l'alcoolique qui proférait d'horribles vociférations.

Par bonheur, deux agents de service dans ces parages accoururent et parvinrent non sans danger à désarmer Terennage, que M. Clément, commissaire de police, a envoyé dans la matinée, à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

2. *Alcoolique incendiaire*. — On écrit de Charleroi au *Journal* (numéro du mardi 7 octobre 1902) :

On a écroué samedi à la prison de Charleroi, un houilleur, nommé Augustin Féron, qui habite, avec sa femme et ses cinq petits enfants, un taudis de la rue du Marabout, à Gilly.

La veille au soir, à la suite d'une querelle de ménage, ce misérable, qui est un ivrogne invétéré, avait enfermé les siens dans une chambre de l'étage, et avait mis le feu à la maison « pour les rôtir tous ».

La prompte intervention des voisins a seule sauvé la pauvre famille de l'alcoolique.

3. *Agression violente*. — On lit dans le *Matin* (numéro du mardi 21 octobre 1902) :

André L..., âgé de trente-deux ans, ouvrier menuisier, demeurant rue de la Bidassoa, est un pauvre diable, qui se croit professeur de danse, et chaque jour il donne des leçons à des élèves imaginaires, leur enseigne le passe-pied et les jetés-battus.

Dernièrement, il fit l'acquisition chez un bric-à-brac de son quartier, d'un vieil accordéon.

Depuis ce moment le fou est devenu insupportable.

Au milieu de la nuit ses voisins sont réveillés en sursaut par un tintamarre effroyable provenant du logement occupé par André L... Celui-ci fait des bonds épouvantables, pousse des hurlements et tire de son instrument des sons à faire dresser les cheveux sur la tête des locataires les plus chauves.

Cependant ceux-ci, braves gens, eussent peut être encore supporté pendant quelque temps le « professeur » de danse, si André L... n'avait eu la malencontreuse idée, il y a deux jours, de se rendre dans un bal-musette du boulevard de Ménilmontant et de vouloir faire danser les personnes qui s'y trouvaient.

— Je suis le professeur de danse de plusieurs rois et empereurs, s'écria-t-il. Regardez-moi ! J'attends mon ami le roi de Portugal.

Comme on voulait le mettre dehors, le fou devint furieux. S'emparant d'une chaise, il la lança sur les musiciens et blessa grièvement au front l'un d'eux, M. Achille Rambaud, âgé de quarante-deux ans, demeurant 16, rue Jouy-Rouve.

Pendant que l'on transportait M. Rambaud à l'hôpital Tenon, André L... était conduit à l'infirmerie spéciale. Pour l'y mener on dut lui assurer que M. le préfet de police désirait prendre des leçons de danse.

4. *Excentricités.* — On lit dans le *Matin* (numéro du mercredi 22 octobre 1902) :

Un individu très correctement mis s'arrêtait hier soir, vers dix heures devant un avertisseur d'incendie installé en face du numéro 70, rue de la Chapelle, et, d'un violent coup de canne, brisait la petite glace qui protège l'appareil téléphonique.

Six minutes s'étaient à peine écoulées qu'un départ complet de la caserne Château-Landon, arrivait, commandé par un lieutenant. L'officier mit pied à terre, et apercevant l'individu qui était resté près de l'avertisseur, l'aborda :

— C'est vous qui nous avez dérangés ! s'exclama l'officier. Où se trouve donc l'incendie ?

L'homme salua poliment le lieutenant et lui déclara qu'il était occupé à téléphoner à Sarah-Bernhardt.

— Le commissaire de police de Saint-Denis, qui devait accompagner la troupe à Berlin, est gravement malade, dit-il. J'en suis très contrarié, car je joue un des premiers rôles dans la *Tosca*. Ce contre temps va retarder notre départ.

L'officier de pompiers, voyant qu'il avait affaire à un fou, lui persuada qu'un commissaire de police habitant à deux pas pourrait très bien remplacer son collègue de Saint-Denis. Enchanté, le pauvre diable se laissa aussitôt conduire au commissariat de M. Pontaillier.

C'est un nommé Bernard Maury, artiste dramatique engagé actuellement sur une de nos scènes parisiennes, demeurant rue de Lyon.

L'infortuné artiste a été dirigé sur l'infirmerie spéciale du dépôt.

5. *Tentative de suicide.* — Un nommé Hortensius Bianchi, âgé de trente-quatre ans, libéré du service militaire le 12 de ce

mois, traversait Paris, hier matin, pour se rendre dans sa famille à Chantilly.

Rue Lafayette, il sortit soudain un couteau de sa poche et s'en porta un coup terrible au sein gauche. Le malheureux battit l'air de ses bras et tomba, baignant dans son sang.

Relevé par des passants il fut conduit dans une pharmacie où l'on constata qu'il était atteint d'aliénation mentale.

Le pauvre diable, dont la blessure est très grave, a été transporté à Lariboisière, d'où il sera dirigé, quand son état le permettra, sur l'asile Sainte-Anne. (*Le Matin*, numéro du mercredi 22 octobre 1902.)

6. *Homicide et suicide*. — On écrit du Creusot au *Journal* (numéro du dimanche 2 novembre 1902) :

Hier soir, à 6 heures, s'est déroulé un drame effroyable qui a plongé dans la tristesse la petite commune de Broyes, située à 15 kilomètres du Creusot.

Je me suis rendu ce matin sur les lieux, afin d'avoir des renseignements précis sur cette triste affaire.

Depuis plusieurs années, les époux Charles, demeurant à Broyes, vivent en bonne intelligence; le mari est charron. De cette union naquit une petite fille, Alice, âgée de seize mois, qui était la joie de ce ménage, adorée de ses parents, qui appartiennent à une famille honorable.

Depuis trois ans, M^{me} Charles était atteinte de neurasthénie aiguë et, malgré les bons soins qui lui étaient prodigués, elle ne cessait d'avoir des idées noires et manifestait toujours la peur de perdre sa petite fille, qu'elle chérissait.

Hier soir, vers 6 heures, après avoir préparé son dîner, cette pauvre femme fut prise d'une crise de neurasthénie et, dans un accès de folie, mit sa jeune fillette dans son berceau et la frappa d'un coup de couteau à la gorge, lui coupant l'artère carotide. La mort fut instantanée.

Peu de temps après ce crime, son mari vint à la maison chercher la clef de la cave et vauqua à ses occupations habituelles. Pendant qu'il se trouvait au sous-sol, il entendit sa femme bercer sa fillette et comprit, sans se douter de rien, qu'elle l'endormait. Dix minutes s'étant écoulées, il remontait à la cuisine, en compagnie d'un de ses ouvriers, pour dîner. En entrant, il dit à sa femme :

— Notre petite Alice est donc bien sage, ce soir; elle dort déjà?

Hélas! la pauvre petite ne devait plus se réveiller.

Ils se mirent ensuite à table et, un instant après, M^{me} Charles se rendit dans la chambre et berça à nouveau la petite Alice. Elle approcha une chaise du berceau, saisit celui-ci de la main gauche et, armée du couteau qui avait servi à tuer sa

filie, elle se le plougea dans la gorge. Son mari entendit sa femme râler et se précipita vers elle. La pauvre malheureuse perdait tout son sang ; il appela au secours.

Des voisins accoururent pour essayer, d'ailleurs en vain, de lui procurer les premiers soins. Tout fut inutile. La pauvre femme expirait, à 10 heures du soir, sans avoir repris connaissance.

Son mari s'approcha de sa fillette, qu'il croyait endormie ; il releva le drap qui la couvrait. Elle était couverte de sang et portait une profonde blessure au cou. Un cri déchirant retentit.

Ce fut tout ce que le malheureux put prononcer.

Un double drame venait de se dérouler dans cette maison ; des taches de sang inondaient la chambre. Ce matin, les parents des époux Charles étaient tous réunis autour des deux cadavres. Il est absolument impossible de dépeindre le désespoir de cette famille et la tristesse des habitants de cette petite commune entière en ce jour de la Toussaint.

Le parquet s'est transporté aujourd'hui sur les lieux pour procéder aux constatations d'usage. L'enterrement des deux victimes aura lieu probablement lundi.

7. Epouvantable parricide. — On télégraphie d'Arras au *Matin* (numéro du mardi 4 novembre 1902) :

Le nommé François Wiart, âgé de quarante-huit ans, berger à Villers-les-Cagnicourt, qui ne jouit pas de la plénitude de ses facultés mentales, a jeté sa nièce, âgée de quatre ans, puis sa vieille mère dans un puits. L'enfant a été retirée vivante ; mais la mère de Wiart était morte.

Le parricide a été arrêté : il ne se rend nullement compte de l'acte qu'il a accompli.

8. Un fou dans une loge de concierge. — Un incident qui eût pu avoir de dangereuses conséquences s'est déroulé, hier, dans le quartier Montmartre.

Un courtier d'assurances, M. Ferdinand Thérèse, âgé de soixante ans, et habitant rue Nollet, 106, atteint de délire alcoolique et enclin à la folie, surtout celle de la persécution, a tenu, pendant une heure, le siège de sa maison.

Hier, en l'absence de son beau-fils, qui habite avec lui, il s'arma d'un sabre, ornement d'une panoplie, et datant de 1830, et le concierge, terrifié, le vit tout à coup pénétrer dans sa loge et fondre sur lui en criant : « C'est moi le grand Napoléon !... Sus à l'ennemi !... A mort !... A mort !... ».

Le pauvre concierge, affolé par les moulinets inquiétants du sabre, et, d'autre part, ayant été déjà blessé assez gravement au poignet, dut s'esquiver derrière son lit en attendant du secours. Ses cris attirèrent des voisins. Son beau-fils arriva également et, voyant l'impossibilité d'aborder l'aliéné, s'empres-

d'aller au poste de police, chercher les agents. Ce n'est qu'après un siège de près d'une heure, pendant laquelle, plus mort que vif, le malheureux concierge était resté enfoui derrière son lit, que l'on parvint à s'emparer du fou, qui, avec beaucoup de précaution, fut conduit à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

Quant au blessé, après un pansement sommaire dans une pharmacie du quartier, il a dû garder la chambre, effrayé encore du danger qu'il venait de courir (*Echo de Paris*, numéro du mardi 4 novembre 1902).

9. *Viol.* — M. Borde, commissaire de police du quartier du Pont-de-Flandre, a envoyé, hier, à l'infirmerie du Dépôt un jeune homme de quinze ans, Georges T..., demeurant chez sa mère, une blanchisseuse du passage Aubry.

Georges T..., qui était allé accompagner sa mère dans un lavoir de la rue de Flandre, y rencontrait une fillette de trois ans, dont la mère est laveuse.

Georges T..., sous le prétexte de lui donner des bonbons, entraîna la fillette dans un corridor obscur et souilla la malheureuse enfant.

Surpris par un employé du lavoir, Georges T... a été conduit au commissariat du Pont-de-Flandre.

Ce misérable personnage ne possède pas, écrit-on, toute sa lucidité. Il serait atteint d'une maladie nerveuse et aurait déjà donné des signes de folie (*Echo de Paris*, numéro du mercredi 5 novembre 1902).

10. *Tentative d'homicide.* — On écrit de Chartres à l'*Echo de Paris* (numéro du samedi 8 novembre 1903) :

Hier, un nommé Isidore Destouches, vingt-six ans, tailleur d'habits, domicilié à Brunelles, près de Nogent-le-Rotrou, a pénétré chez son voisin Morin, quatre vingt-huit ans, propriétaire, et a tenté de l'assassiner en lui portant dans la poitrine de violents coups de ciseaux de tailleur.

Le meurtrier s'est éloigné en laissant les ciseaux dans la plaie.

Le domestique de Morin trouva, en rentrant, son maître baignant dans son sang et lui porta les premiers secours.

L'état du blessé est très grave; il a le poumon perforé.

Destouches a été retrouvé dans la soirée. C'est un infirme de naissance n'ayant qu'une jambe et marchant avec une béquille. Son acte criminel doit plutôt être attribué à un accès de folie, car il n'avait aucun motif d'animosité contre Morin.

Interrogé, il a déclaré ne se souvenir de rien. Il a été arrêté et écroué à Nogent.

11. *Folie à deux et tentative d'homicide.* — On lit dans le *Temps* (numéro du mercredi 12 novembre 1902) :

A Bois-Colombes, dans une grande propriété qui s'étend du n° 38 de la rue de la Côte-Saint-Thibaut à l'avenue Saint-Germain, petit chemin ombragé qui longe la ligne du chemin de fer, deux dames : M^{me} Bausenwen, âgée de soixante-quinze ans, et sa fille, M^{me} Lucie Moyne, âgée de trente-six ans, occupaient, depuis quatre ans, un petit pavillon situé un peu à l'écart de la maison principale qu'habite M. Péquignot, le propriétaire. Ces deux dames vivaient très retirées, sortant peu et ne recevant jamais personne ; la vieille mère se consacrait tout entière à soigner sa fille, dont l'état mental avait été troublé à la suite de grands chagrins.

M^{me} Lucie Moyne, qui est née d'un premier mariage de M^{me} Bausenwen, avait été mariée très jeune et avait dû divorcer dans des circonstances assez douloureuses, il y a cinq ans. Elle en eut, du reste, l'esprit si troublé qu'il fallut la faire interner pendant plusieurs mois à l'hospice de Villejuif. Le traitement l'ayant à peu près guérie, sa mère la prit avec elle. Toutes deux vivaient modestement d'une pension viagère d'environ 800 francs que possédait M^{me} Bausenwen et des rentes de la dot de M^{me} Moyne. Elles semblaient s'aimer beaucoup, jamais la moindre discussion ne s'élevait entre elles. La jeune femme, qui était très musicienne et avait une assez jolie voix, jouait du piano et chantait la plus grande partie de la journée ; elle ne paraissait plus se ressentir de son mal.

Hier, M^{me} Lucie Moyne, qui avait été un peu indisposée pendant la nuit, se leva assez tard.

Il était près de midi lorsqu'elle sortit de sa chambre, un broc à la main, pour aller chercher l'eau nécessaire à sa toilette. Dans l'escalier elle fut rejointe par sa mère qui, presque à bout portant, lui déchargea six coups de revolver.

Quoique atteinte très grièvement, la jeune femme eut cependant la force de s'enfuir jusque dans le jardin, où elle se laissa tomber sur un banc.

Sa mère se précipita sur ses pas et, l'ayant rejointe, la frappa de trois coups de poignard, dont l'un lui ouvrit l'abdomen.

La malheureuse roula sur le sol, suppliant : « Maman..., ma petite maman..., grâce..., pourquoi veux-tu me tuer ? »

Mais la vieille mère, sans se laisser apitoyer, criait : « Meurs ! Meurs donc ! » Et saisissant un maillet qu'elle trouva à portée de sa main, elle allait s'en servir pour assommer sa fille lorsque le propriétaire et le jardinier intervinrent et la maîtrisèrent.

La meurtrière fut remise aux mains des gendarmes jusqu'à l'arrivée du commissaire de police de Courbevoie, M. d'Homme. Celui-ci fit transporter la victime à l'hôpital Beaujon où des soins immédiats lui ont été donnés. La jeune femme est de si

robuste constitution que, malgré la gravité de ses blessures, on ne désespère pas complètement de la sauver.

M^{me} Bausenwen, interrogée par le commissaire, lui a expliqué, avec beaucoup de sang-froid, les raisons de son crime.

« Depuis quelque temps je me rendais compte que ma fille allait redevenir folle. Sachant combien elle avait souffert à Villejuif, où elle avait été soumise à un traitement affreusement pénible, j'ai préféré qu'elle meure plutôt que de la voir internée à nouveau.

« Depuis huit jours j'étais très résolue à la tuer. Mais je faiblissais au moment d'accomplir mon acte. »

Elle demanda au commissaire de police si sa fille avait succombé à ses blessures. Celui-ci lui ayant répondu que M^{me} Moyne respirait encore lorsqu'on l'avait placée dans la voiture d'ambulance :

— Pourvu qu'elle meure; murmura la vieille femme. Et, pendant qu'on la conduisait au Dépôt, elle répéta ce souhait à plusieurs reprises.

Il est probable que le juge d'instruction, M. André, fera examiner l'état mental de la meurtrière avant de pousser plus loin son enquête.

12. *Coups et blessures.* — On lit dans le *Journal* (numéro du mercredi 12 novembre 1902):

M. Brout, garçon de bureau, attaché au commissariat du quartier de Picpus, était chargé, hier après-midi, par M. Brunet, commissaire de police, de s'assurer de la personne d'une dame veuve G..., âgée de soixante-cinq ans, demeurant 82, rue Louis-Braille, qui donnait, depuis quelque temps, des signes d'aliénation mentale, et dont les excentricités avaient, le jour même, motivé une plainte des voisins.

M. Brout se rendit au domicile de la folle; mais, en entendant des pas dans l'escalier, celle-ci, qui s'était jusqu'à ce moment tenue gesticulant et vociférant sur le palier, entra précipitamment dans sa chambre et s'y enferma à double tour.

Pendant plus d'un quart d'heure, le garçon de bureau parla à travers la cloison. Enfin, à bout d'arguments, et se rappelant que celle qu'il venait chercher était atteinte de délire religieux, M. Brout s'écria : « Mais ouvrez-moi donc; ne reconnaissez-vous pas ma voix? Je suis l'archange saint Michel, qui vient vous chercher pour vous conduire au ciel! »

Le subterfuge produisit un effet immédiat. On entendit aussitôt la voie radoucie de la vieille femme, qui soupirait : « Oh! viens, viens; je suis à toi, bon ange... je suis à toi!... », tandis que la clef tournait dans la serrure.

La porte s'entrebâilla de façon à laisser le passage à l'envoyé céleste.

M. Brout s'empessa de se glisser par l'étroite ouverture. Mais il y était à peine, que la porte se refermait violemment sur lui; tandis que les curieux, demeurés aux aguets, entendaient des hurlements de rage mêlés à des cris de douleur.

Une scène terrifiante se déroulait à ce moment dans la chambre. La malheureuse folle, après avoir ouvert au pseudo-archange, s'était jetée à genoux au milieu de la pièce, les bras tendus vers son visiteur. Mais à peine eut-elle aperçu M. Brout qu'elle s'était relevée d'un bond, les traits convulsés.

— Tu mens, s'écriait-elle, tu mens, tu n'es pas l'archange. Je le connais bien, lui; il est venu me voir souvent, et il n'était pas vêtu comme toi !...

Et, en achevant ces paroles, la folle se mit à tourner autour du garçon de bureau, cherchant à se jeter sur lui pour le mordre. Enfin, s'emparant d'une hachette placée près de la cheminée, elle en frappa à coups redoublés M. Brout, qui, en se garantissant la tête, eut le bras et la main gauche littéralement hachés.

Cependant l'aliénée, dont l'exaltation décuplait les forces, s'acharnait sur sa victime. M. Brout allait succomber, quand les voisins, accompagnés de trois agents requis à la hâte, enfoncèrent la porte et se jetèrent sur elle. Il ne fallut pas moins de six personnes pour la maîtriser et l'emmener au poste, d'où M. Brunet, commissaire de police, l'a fait diriger sur l'infirmerie spéciale.

13. *Tentative de suicide.* — On lit dans le *Journal* (numéro du dimanche 16 novembre 1902) ;

Un ouvrier ciseleur, âgé de vingt-six ans, nommé Paul Preton, demeurant 18, rue Guilhem, a tenté de mettre fin à ses jours, la nuit dernière, dans des circonstances particulièrement tragiques.

Il y a un an environ, le jeune homme faisait la connaissance d'une de ses voisines, Mlle Jeanne C..., une charmante brunette de dix-sept ans, dont il ne tardait pas à tomber éperdûment amoureux. Paul Preton demanda Mlle C... en mariage, mais les parents s'opposèrent à leur union.

Le ciseleur conçut, de cet échec, un profond chagrin, et depuis ce temps, quoiqu'il essayât de trouver dans un travail acharné le remède à son ennui, sa santé jadis florissante périclita de plus en plus. Il devint enfin neurasthénique au suprême degré.

La nuit dernière, vers une heure du matin, Preton dormait depuis deux heures environ, quand il s'éveilla soudain, en proie à d'effrayantes hallucinations que, malgré tous ses efforts, il ne parvint pas à conjurer. « Je deviens fou ! » pensa le malheureux. Il se leva, fit le tour de sa chambre, ouvrit sa fenêtre,

essayant de calmer à l'air de la nuit son front que brûlait la fièvre. Mais des fantômes grimaçants continuaient à passer devant ses yeux apeurés...

Alors, le jeune ouvrier résolut d'en finir avec la vie. Il écrivit quelques lignes hâtives, dans lesquelles il expliquait que, « se voyant perdu, n'ayant plus pour perspective que le cabanon d'une maison de santé, il préférerait se tuer. » Il cacheta sa lettre, écrivit sur l'enveloppe l'adresse du commissaire de police de son quartier, puis, saisissant un revolver, se logea deux balles dans la tête.

Au bruit des détonations, des voisins accoururent. Le blessé, qui perdait son sang par deux profondes blessures, fut transporté en hâte à l'hôpital Saint-Antoine, où son état fut jugé des plus graves.

M. Bottolier-Lasquin, commissaire de police, a ouvert une enquête.

14. *Un fou meurtrier.* — A Uzer, près Bagnères-de-Bigorre, Albert Gaillac, âgé de trente ans, sorti récemment de l'asile d'aliénés, où il était enfermé depuis plusieurs années pour meurtre a, dans un nouvel accès d'aliénation mentale, frappé de coups de rasoir un habitant de cette commune, nommé D..., et sa vieille mère. L'état des deux victimes est grave.

On a pu difficilement interner de nouveau ce forcené. (Le *Matin*, numéro du jeudi 20 novembre 1902.)

15. *Excentricités et bris de glaces.* — Vêtue d'oripeaux de couleurs voyantes, la démarche noble, l'air inspiré, une femme jeune encore, s'arrêtait hier matin devant un magasin de la rue de Choisy. Elle leva les bras vers le ciel et se mit à proférer de longues et rythmiques incantations dans une langue sonore autant qu'inconnue; puis, prenant une pierre, elle la lança dans la devanture de la boutique dont la glace vola en éclats.

Avant qu'on eut pu l'en empêcher, elle brisa de la même façon les vitres de différentes maisons.

Les commerçants, trouvant la plaisanterie fâcheuse, requirèrent des agents qui s'approchèrent d'elle pour l'arrêter. Alors, d'un geste vraiment royal, elle se dénuda jusqu'à mi-corps, offrant à la vue des agents stupéfaits sa poitrine couverte d'amulettes, de chapelets, de chaînes de montre, de rubans polychromes et fanés.

— N'approchez pas, s'écria-t-elle, vils parias, reconnaissez en moi la fille d'Akbar, prince des princes, dixième incarnation de Vichnou, petit-fils du resplendissant Indra! Je suis l'impératrice des Indes; par le lotus sacré, le premier qui portera sur moi une main sacrilège rentrera pour jamais dans le sein des dieux! »

Interloqués, mais nullement effrayés par la perspective de « rentrer dans le sein des dieux », les agents n'hésitèrent pas à porter une « main sacrilège » sur cette haute princesse.

Après avoir réparé pudiquement le désordre de la toilette de l'impératrice, ils l'entraînèrent jusqu'au commissariat où, pendant un court instant de lucidité, la malheureuse avoua que la vérité l'obligeait à troquer le titre d'arrière-petite-fille du resplendissant Indra contre le nom plébéen de Blanche Mourgues.

La folle a été envoyée à l'infirmerie spéciale du Dépôt; ce qui n'a nullement consolé les commerçants qui ont perdu les vitrines de leurs boutiques, et qui ne comptent que peu sur le trésor de la princesse pour être indemnisés. (*Le Matin*, numéro du jeudi 20 novembre 1902).

16. *Navrante équipée d'un fou.* — Sous ce titre le *Journal* (numéro du jeudi 20 novembre 1902), publie le fait divers suivant :

Des agents croisaient, hier, vers cinq heures du matin, dans la rue Saint-Vincent-de-Paul, un homme qui se promenait, en portant pour tout vêtement, malgré le froid intense et la neige qu'une chemise. Le malheureux — un fou — tenait dans ses bras un bébé de quelques mois absolument nu.

Les gardiens s'emparèrent de l'homme et le conduisirent au commissariat de police du quartier Saint-Vincent-de-Paul.

C'est un concierge de la rue du Faubourg-Saint-Denis. M. Archer l'a dirigé sur l'infirmerie spéciale du Dépôt.

Quant à l'enfant, frappé de congestion cérébrale, il a été admis dans un état des plus graves à l'hôpital Saint-Louis.

17. *Tentative d'homicide.* — Un malade, nommé Emile Verschain, en traitement à l'hôpital Tenon, salle Darthes, était pris, la nuit dernière, d'un accès subit de folie furieuse, au cours duquel il se leva et se jeta sur ses voisins de lit, essayant de les étrangler. Aux cris des victimes, les gardes accoururent. Il leur fallut une lutte terrible pour arriver à maîtriser le malheureux, qui a, dans la matinée, été dirigé sur l'infirmerie spéciale. (*Le Journal* numéro du 20 novembre 1902).

18. *Tentative d'homicide.* — Un gardien de la paix du cinquième arrondissement, Georges Carpentier, demeurant rue Cuvier, avait dû interrompre son service, il y a quelques jours, à la suite d'un accès de fièvre chaude.

La nuit dernière, vers 1 heure, ses voisins étaient réveillés par des cris d'effroi qui semblaient partir de son logement. Convaincus qu'il se passait un drame à l'intérieur, ils n'hésitèrent pas à enfoncer la porte et se trouvèrent en face de Carpentier, en proie à un accès de folie furieuse.

Après avoir jeté tous ses meubles par la fenêtre, le malheureux s'était précipité sur sa femme et essayait de l'étrangler.

Saisi et maîtrisé, le fou fut conduit au poste de la mairie du Panthéon, d'où M. Bouteiller, commissaire de police du quartier du Jardin-des-Plantes, l'a envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

Georges Carpentier est âgé de quarante-cinq ans et avait dix-huit ans de service. (*Le Journal*, numéro du 25 novembre 1902).

LES DEMI-FOUS (1)

La tentative d'assassinat de Rubino contre le roi des Belges appelle de nouveau l'attention sur les attentats anarchistes et sur les causes qui les déterminent. Cette catégorie d'actes criminels a depuis longtemps sollicité l'étude des anthropologistes. La plupart d'entre eux voient dans les « propagandistes par le fait » des aliénés d'un genre spécial, mais en partie responsables. Lombroso, le célèbre criminaliste italien, qui a publié une étude complète sur Luccheni, l'assassin de l'impératrice Elisabeth d'Autriche, attribuait son crime à trois causes principales : une cause organique individuelle « qui, écrivait-il, y entre pour un bon tiers », l'influence du milieu « qui a exercé sur l'assassin une influence autrement grande » et l'incurie sociale qui, « au lieu de désinfecter le milieu », c'est-à-dire de soigner ces malades, ces demi-fous dans des asiles spéciaux, « trouve mieux de supprimer les médecins lorsqu'ils proposent des remèdes et les écrivains quand ils travaillent pour l'amélioration des conditions sociales ».

Le D^r E. Régis, auteur d'un ouvrage sur les régicides, les divise en deux catégories : 1° Les faux régicides, simples aliénés, atteints du délire des persécutions, qui n'ont pas le régicide pour but, mais qui assassinent une personne haut placée « pour forcer les tribunaux dont ils ont eu à se plaindre à leur rendre justice » ; 2° les vrais régicides, qui comprennent les fous mégalomanes, atteints d'aliénation complète, et les psychopathes déséquilibrés, presque tous jeunes, âgés de moins de trente-deux ans, mystiques, religieux ou politiques.

Un autre anthropologiste, le D^r Forel, ancien professeur à l'Université et ancien directeur de l'asile cantonal des aliénés à Zurich, vient de publier chez Alcan une étude au cours de laquelle, examinant, comme Lombroso, le cas de Luccheni,

(1) Cet intéressant article est emprunté au journal le *Temps*, numéro du jeudi 20 novembre 1902.

qu'il a vu de près, il s'efforce de rechercher les causes de son acte criminel et de définir le crime anarchiste. En passant, il indique pourquoi, à son avis l'Italie fournit de si nombreux régicides.

Il constate que Luccheni fut d'abord un bon serviteur, un bon soldat, professant des opinions royalistes; puis devint subitement anarchiste, parce qu'il ne put satisfaire son ambition, qui était d'être nommé fonctionnaire.

« Pour que pareille cause, écrit-il, conduise à pareil effet, il faut un tempérament anarchiste, c'est-à-dire imparfait à un point qui frise le pathologique, s'il ne l'atteint pas.

« ... Luccheni avait le tempérament héréditaire, éminemment impulsif, dont sortent la plupart des anarchistes; l'ambition déçue, les exemples et les lectures ont fait le reste avec le misérable état social qui règne en Italie. Il faut, en effet, des impulsions cérébrales bien fortes pour qu'un homme commette un pareil meurtre à tête reposée, sans être ivre et sans bas motif d'intérêt. Le manque de travail, la vanité blessée et les théories anarchistes seules n'y suffisent pas.

« ... Il y a d'abord dans toute sa vie, la malédiction de l'éducation ou plutôt de la non éducation du peuple italien et de sa misère sociale. Elle est connue de tous. Mais n'oublions pas que les peuples jouissent de l'éducation qu'ils se donnent eux-mêmes, ce qui revient à dire qu'en dernier ressort les défauts ou qualités héréditaires d'une race réagissent sur son état social et par suite sur son éducation. Il y a là action et réaction de deux facteurs l'un sur l'autre, et l'on ne peut dire que l'un seul soit la cause et l'autre l'effet.

« La cruauté des Italiens envers les animaux est connue; c'est aussi un facteur à ne pas oublier. »

Le docteur Forel examine ensuite l'influence anarchiste en elle-même :

« Que veulent les théoriciens de l'anarchisme pour le bien social, car enfin ils le veulent à leur façon, si singulière qu'elle soit? Une espèce de communisme égalitaire, dans lequel chacun ferait ce qu'il veut, la suppression de tout État et de tout gouvernement. Le mot l'indique. Dire : Je veux que 100=0 revient à peu près au même. Aussi est-ce peine perdue que de chercher à comprendre leurs déclamations déséquilibrées ou confuses. »

Rappelant un de ses ouvrages sur les fourmis, dont la communauté harmonique n'exige ni chef, ni lois, parce que chacun travaille pour la communauté par *instinct hérité*, l'auteur constate que ces insectes réalisent le type parfait de l'anarchisme. Ils nous montrent en même temps ce qui manque à l'homme et ce qu'il y a de trop pour vivre de cette manière. Ce

qu'il y a de trop, c'est l'individualité, et ce qui lui manque, c'est l'instinct social « chez lui encore bien faible ». Mais l'entassement croissant des hommes sur le globe joint à la solidarité inéluctable et non moins croissante de leurs rapports communs, de leurs droits et de leurs devoirs sociaux, les oblige contre leur instinct à construire de plus en plus les lois et l'Etat :

« De tout temps, cette construction a gêné l'instinct naturel de liberté, de bête sauvage, inhérent à l'homme et surtout à l'homme impulsif ; par contraste et réaction, il en est sorti de tout temps des anarchistes d'instinct et de tempérament provenant donc de ce que chez l'homme l'altruisme ou instinct social est encore trop rudimentaire pour les circonstances dans lesquels il est obligé de vivre.

« Ces réactions violentes des régicides, des aventuriers, de la plèbe romaine, de la Jacquerie, de la révolution de 1789, de toutes les révolutions sanguinaires en un mot, ont été dues d'un autre côté aux abus des puissants, lesquels abus provenaient de la même cause agissant en sens inverse.

« Ils proviennent toujours de l'égoïsme de la bête féroce, qui mord quand on veut la restreindre, et qui se gorge et abuse quand elle est la plus forte. N'ayant rien compris, ni appris, les théoriciens fantasques et déséquilibrés de l'anarchie, traitant l'homme en fourmi, veulent nous ramener à la bête sauvage, et réveillent par là même ces instincts ataviques, assoupis dans les masses qu'ils excitent et affolent, au lieu de comprendre que le bien de la société humaine exige au contraire l'élimination graduelle de tout ce qui pousse aux passions égoïstes et brutales, et la culture de l'instinct social par des lois sages et psychologiques, tenant compte à la fois de la nature humaine et des exigences de la société.

« Voilà en deux mots la cause naturelle et sociale de l'anarchisme. Les élucubrations violentes des cerveaux inférieurs ou déséquilibrés qui le prônent sont là pour le prouver. Remarquons ici que toute dégénérescence du cerveau tend à le faire régresser, et par conséquent à le rapprocher des types inférieurs ou ataviques, de même que le vieillard retombe dans « l'enfance » par dégénérescence de cet organe. »

Comment se propage la doctrine anarchiste ? Par la suggestion, répond le D^r Forel : Les compagnons qui en arrivent à la « propagande du fait » sont ceux chez lesquels une forte dose de suggestibilité et d'impulsivité, c'est-à-dire la grande tendance à passer rapidement, sans réflexion, de l'idée à l'action, est jointe à quelque passion violente et à l'absence plus ou moins complète des forces cérébrales contraires, c'est-à-dire des sentiments de pitié et de devoir.

Tel a paru être Luccheni au D^r Forel. Il ne serait nullement étonné de le voir « facile à hypnotiser et à être transformé un jour dans quelque autre sens, par exemple, converti et fondant en remords et en bonnes œuvres. Tout dépendrait de celui qui saurait s'y prendre, car il paraît suggestible à la façon d'un hystérique ».

Et l'auteur, estimant que la société a le devoir de se garantir des individus prédisposés au crime (des « crimina-loïdes », suivant l'expression de Lombroso), comme des criminels-nés, autrement dit des demi-fous comme des fous, conclut à la création d'asiles ruraux destinés à la détention administrative temporaire ou définitive de ces individus. Ils y seraient enfermés et traités lorsque, reconnus irresponsables ou à responsabilité limitée, ils constitueraient, soit par leurs délits répétés, soit par leur conduite antisociale, un danger perpétuel pour la société.....

MARIUS GABION.

TRIBUNAUX

Une monomane du crime. — Sous ce titre, on lit dans le *Français* (numéro du samedi 28 juin 1902), le fait suivant :

« Les tribunaux viennent de se prononcer à Barnstable, dans l'Etat de Massachussetts, sur le cas de Jane Toppan, une infirmière d'hôpital, accusée d'avoir donné la mort, par empoisonnement, à un très grand nombre de malades confiés à ses soins. Le cas de Jane Toppan, femme de cinquante-cinq ans, est peut-être sans précédent, par son étrangeté, depuis que le monde est monde.

« Elle a tranquillement avoué que, depuis cinq ans, elle avait empoisonné par la morphine trente et une personnes; elle avait donné la mort à neuf d'entre elles dans un espace de cinquante et un jours, c'est-à-dire qu'elle avait un assassinat par semaine sur la conscience. Interrogée sur les mobiles de ses crimes, elle n'a pu en indiquer un. Elle a simplement constaté qu'elle éprouvait elle ne savait quel plaisir à se sentir maîtresse de la vie et de la mort d'autrui, et goûtait une véritable volupté à trancher, suivant sa volonté, les destinées des malades.

« Le jury a vu en cette femme, dont le cas passionne tous les criminalistes et les savants des Etats-Unis, une « créature irresponsable ». Il l'a déclarée folle, et Jane Toppan va être internée à perpétuité dans un asile d'aliénés. Des centaines de médecins demandent l'autorisation de l'examiner, d'en faire le sujet d'études spéciales. »

Une affaire d'assassinat. — Sous ce titre, le *Petit Temps*

(numéro du samedi 22 novembre 1901) publie le résumé d'un procès qui vient d'être jugé par la Cour d'assises d'Agen :

Le sieur Jacques Martin fils, dit Lucien, trente-sept ans, ancien clerc d'avoué, domicilié à Caudecoste, comparaissait, hier, devant le jury de Lot-et-Garonne, sous l'inculpation d'assassinat.

Les faits remontent au 6 juin dernier. Dans la soirée de ce jour, Martin fils eut une discussion avec son père à qui il réclamait toujours de l'argent pour ses plaisirs. Le domestique de la maison, nommé Louis Pilanes, témoin de la scène, prit fait et cause pour son vieux maître et échangea quelques coups de poing avec Martin fils qui lui dit après l'incident : « Tu me la revaudras. »

Le lendemain matin, Martin fils, à son lever, prit son fusil et déchargea son arme sur le jeune Pilanes, dans la cuisine même de la maison. La victime fut atteinte au bas des reins et succomba la nuit suivante. L'accusé Martin, qui avait été interné pendant quelques semaines dans un asile d'aliénés, fut examiné par des médecins qui ont conclu à sa responsabilité mitigée. Il avait été réformé, après une période d'une année de service militaire, pour aliénation mentale : il était taciturne et original. Avant le meurtre il faisait des voyages fréquents.

A Limoges, ses allures bizarres le firent remarquer de la police, qui le fila et dut prendre des renseignements sur son compte.

Martin a dit pour sa défense qu'il avait voulu faire du mal au jeune domestique, mais non le tuer : « La preuve, a-t-il ajouté, c'est que je n'ai pas tiré à la tête. »

Le jury a répondu négativement à la question principale d'assassinat et affirmativement à la question subsidiaire de meurtre, posée par le président des assises, avec admission de circonstances atténuantes.

Martin fils a été condamné à cinq ans de réclusion.

FAITS DIVERS

Suites d'une évasion. — On télégraphie de Limoges au *Français* (numéro du lundi 24 novembre 1902) :

Une pauvre folle nommée Catherine Filloux, âgée de vingt-neuf ans, originaire de Saillac, ayant pu s'échapper, hier soir, de l'asile d'aliénés de Naugeat, a pénétré sur la voie du chemin de fer et a été tamponnée par un train de marchandises.

La malheureuse a été broyée. Elle était mère de trois enfants.

Drames dans des asiles d'aliénés. — On écrit de Nantes au *Matin* (numéro du mardi 25 novembre 1902) :

A l'asile d'aliénés de Saint-Jacques, vient de se produire un épouvantable drame de la folie.

Un pensionnaire nommé Morand, âgé de dix-huit ans, devenu soudain furieux, sans raison, s'élança sur un autre aliéné, nommé Couillec, âgé de vingt-six ans, qui, moins robuste, ne put se défendre.

Morand le frappa avec une rage inouïe, à coups de pied, de poing, à coups de tête dans la poitrine; il allait l'étrangler, quand, aux cris de Couillec, un gardien accourut et les sépara.

Mais la malheureuse victime avait été tellement malmenée qu'elle a succombé lundi à ses blessures.

— On télégraphie d'Aix-en-Provence au *Petit Journal* (numéro du lundi 15 décembre 1902) :

A l'asile d'aliénés de Montperin, près d'Aix, un fou, nommé Mary, a tué un autre pensionnaire nommé Joseph Laurin. S'étant armé d'une fourchette, il s'est jeté sur lui; lui a crevé les yeux, l'a blessé au visage, puis l'a étranglé.

Après avoir commis ce crime, Mary s'est jeté sur un autre fou, nommé Colenna, qu'il a grièvement blessé à la tempe.

Colenna est en danger de mort.

On a eu toutes les peines du monde à maîtriser le meurtrier.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.



L'ALIÉNATION MENTALE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

ÉLOGE

DE

J. BAILLARGER

PRONONCÉ A LA

SÉANCE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le mardi 23 décembre 1902

Par le Dr MAGNAN

Membre de l'Académie de médecine.

MESDAMES, MESSIEURS,

Vous me trouverez, sans doute, bien osé de vous priver aujourd'hui du délicat régal auquel nous a habitués la chaude et vibrante éloquence de notre cher secrétaire perpétuel M. Jaccoud. Mais sachant ma respectueuse affection, ma vive reconnaissance, pour le Maître dont nous devons honorer la mémoire, il a pensé qu'à défaut d'autres qualités, la sincère et profonde admiration de l'élève pourrait quelques instants faire revivre parmi nous la noble et grande figure de l'homme

de bien, du savant, du clinicien hors de pair, qu'était Baillarger.

Baillarger (Jules-Gabriel-François) est né le 26 mars 1809 à Montbazon (Indre-et-Loire), d'une famille modeste; son grand-père maternel avait été chirurgien de la marine. Enfant peu studieux mais d'un esprit alerte, le jeune Baillarger avait eu le don de plaire à l'un de ses oncles, Lunier, le père de notre regretté collègue, qui décida la famille à lui faire donner une instruction solide.

On pensa, toutefois, que pour les premiers éléments on pouvait le confier à un des précepteurs du pays, assez nombreux à cette époque, anciens prêtres ou nobles ruinés, victimes de la tourmente révolutionnaire, et le choix se porta sur un homme instruit mais indolent, qui voulut bien l'accueillir chez lui et se charger de défricher sa jeune intelligence.

L'élève s'installa chez son professeur, à Sorigny, non loin de Montbazon. Malheureusement le père Colombus, c'était le nom du brave magister, tout en cultivant les lettres, avait une prédilection marquée pour l'apiculture, inspirée sans doute par les superbes récoltes de miel obtenues dans cette belle Touraine si richement fleurie.

L'élève fut chargé de la garde des ruches et de la surveillance des essaims : cette école buissonnière, annexe de la salle d'études, était du goût du jeune Baillarger; le miel fut exquis et abondant, mais la culture intellectuelle de l'élève fut déplorable, les progrès furent absolument nuls; l'oncle Lunier fronçant le sourcil conduisit le jeune apiculteur au lycée de Tours.

Le nouveau lycéen ne se montra pas d'abord très laborieux, quoiqu'il eût pour premier maître d'études Trousson, que des débuts fort difficiles, comme pour beaucoup d'autres de la carrière médicale, forçaient à

prendre sur les nuits et les courts loisirs laissés par un travail obligatoire le temps nécessaire à la préparation des examens de médecine. Le jeune Baillarger malgré son zèle un peu tiède, travaillait pourtant assez pour passer sans encombre d'une classe dans une autre, mais laissait à ses camarades le soin de recueillir toutes les récompenses. Arrivé en philosophie, l'élève se transforme; dès le début, assidu, attentif, il prend rang parmi les premiers et se trouve à la fin de l'année à la tête de sa classe, apportant à sa famille, d'autant plus fière et heureuse qu'elle n'avait pas été jusque-là gâtée, une ample moisson de lauriers bien mérités.

Les examens du baccalauréat passés avec succès, le jeune Baillarger, sans s'attarder, commence ses études médicales, et avide de savoir devient un assidu de l'hospice de Tours où Bretonneau, par le charme sans apprêt de son enseignement, par ses attachantes causeries, en père prodigue, dispensait à tous le pain de l'esprit et savait développer et consolider les vocations naissantes. Le jeune étudiant resta peu de temps auprès de Bretonneau, assez toutefois pour recevoir l'empreinte de son jugement droit, de son puissant esprit d'observation; mais Paris l'attirait : il y arrive à peine âgé de vingt ans et y trouve plusieurs compatriotes, dont quelques-uns voguaient déjà à pleines voiles vers la renommée. L'un d'eux, Velpeau, préluait aux luttes du concours par d'importantes publications et un enseignement privé sur l'anatomie, déjà très recherché; Baillarger suivit ces leçons essentiellement pratiques, dont il profita pour ses premières études sur le système nerveux; il suivait assidûment aussi les cours et les cliniques de la Faculté, employant le reste de son temps à rédiger ses notes et à préparer le concours de l'externat; nommé dans un bon rang, il choisit le service de Cloquet à l'hôpital Saint-Antoine.

Stimulé par ce premier succès, visant l'internat, il redouble d'efforts ; et quoique son maigre budget, pour lequel il ne veut pas demander de subsides additionnels, lui permette à peine de réparer ses forces, il travaille nuit et jour, néglige tout repos. Ce labeur acharné ne tarde pas à altérer sa santé déjà frêle et délicate. Cloquet en est informé, conseille la campagne ; et pour rendre cette prescription réalisable, il le recommande à son ami Esquirol, l'illustre médecin de Charenton : celui-ci accueille le jeune valétudinaire avec bienveillance, l'admet d'abord comme externe ; un peu plus tard, en juillet 1832, le fait nommer interne à Charenton.

Cette date marque le véritable début de sa carrière. Débarrassé pour le moment du souci matériel, captivé par l'étude des maladies mentales, guidé par un maître incomparable, il relève dans les grands services de Charenton tous les faits importants ; et plusieurs communications à la Société anatomique, dont il devient un des membres les plus actifs, témoignent de sa judicieuse sagacité, et sont le prélude des intéressantes recherches qu'il a poursuivies plus tard sur l'anatomie du cerveau.

Dans un long voyage qu'il fit en Suisse, dans le nord de l'Italie et le midi de la France, en compagnie d'un malade que lui avait confié Esquirol, il visita sur les indications du maître tous les établissements d'aliénés ; son titre d'interne d'Esquirol lui ouvre toutes les portes : administrateurs et médecins s'empressent avec la plus grande obligeance de lui fournir tous les moyens et renseignements qui doivent faciliter sa tâche. Il s'enquiert dans les divers asiles de toutes les formalités nécessaires au placement des aliénés, à leur traitement, à leur séjour et à leur sortie de l'établissement ; il obtient les plans de toutes les nouvelles installations

et des améliorations projetées ; il relève des statistiques, examine même des malades pour s'assurer de la prédominance de diverses formes de la folie et des conditions de milieu qui paraissent en favoriser le développement. Tous ces documents consciencieusement recueillis, il les envoie à Esquirol, qui les met à profit dans les travaux préparatoires des commissions de la Chambre des pairs et de la Chambre des députés chargées de l'élaboration de la loi sur les aliénés. Cette loi en préparation, qui fut celle du 30 juin 1838, inspirée par une pensée essentiellement humanitaire, toute à l'avantage du malade et de la sécurité publique, étonne et surprend ceux-là mêmes qui, après l'avoir violemment critiquée, sont appelés à l'examiner et à indiquer les modifications qu'elle doit subir ; à mesure qu'ils l'approfondissent, ils sont forcés de convenir qu'elle est simple, pratique, protectrice et bienfaisante, et que la plupart des réformes projetées sont, pour le moins, d'une utilité contestable.

De retour à Paris, Baillarger prépara sa thèse de doctorat sur un sujet, *Du siège de quelques hémorragies méningées*, dont il avait déjà publié plusieurs observations. La question était intéressante ; ses premières observations, les nouveaux faits qu'il avait pu recueillir, l'avaient amené à localiser ces hémorragies dans la cavité arachnoïdienne, contrairement à l'opinion généralement acceptée sous le patronage de Rostan, de Cruveilhier, qui les plaçaient entre la dure-mère et le feuillet pariétal de l'arachnoïde. Il soutint sa thèse le 29 décembre 1837, sous la présidence du professeur Velpeau. Celui-ci, très satisfait de ce travail, prit plaisir à le discuter avec son jeune compatriote, et ne lui ménagea pas les éloges dont il n'était pas habituellement prodigue.

Avec le doctorat survinrent des préoccupations nou-

velles. Baillarger, désireux de rester à Paris pour continuer ses travaux, se consacrer à la science, craignait, avec ses ressources plus que modestes, de ne pouvoir réaliser ce rêve; lorsque, levant toutes les difficultés, Esquirol se l'attacha comme secrétaire, le chargeant de suivre quelques malades de sa clientèle privée et de le remplacer, pendant ses absences, dans l'établissement d'Ivry. Ce fut suffisant.

Trois ans après, en 1840, l'Assistance publique met au concours quatre places de médecins aliénistes à Bicêtre et à la Salpêtrière; Baillarger prend part au concours et est nommé le premier. L'avenir scientifique et matériel est désormais définitivement assuré. Mais c'était là trop de joie; la mort d'Esquirol survenue cette même année vint assombrir cet horizon trop riant; Baillarger en fut profondément affecté, et disciple reconnaissant, il sut rendre hommage à la mémoire du maître en suivant son exemple, en se donnant tout entier aux malades et à la science. Si bien que le 22 novembre 1862, lors de l'inauguration de la statue d'Esquirol à Charenton, l'éloge qu'il prononça dans cette solennité rappelle en grande partie les principaux traits de sa propre biographie.

Peu de temps après la mort d'Esquirol, le Dr Mitivié, son neveu, obéissant au vœu de son oncle, s'adjoignit Baillarger et Moreau (de Tours), dans la direction de la maison de santé d'Ivry.

Ce nouveau champ d'observation permit à Baillarger d'étudier comparativement les diverses formes de la folie dans toutes les classes de la société, dans les professions manuelles et libérales, chez les riches et chez les pauvres, chez les gens instruits et chez les illettrés.

A peine installé dans son service de la Salpêtrière, comprenant la haute mission qui lui était dévolue, il

s'appliqua à mettre à profit pour les autres aussi bien que pour lui-même les richesses qu'il renfermait. Après une série de leçons dogmatiques à l'École pratique de la Faculté de médecine, il commença ce cours clinique des maladies mentales de la Salpêtrière qui eut par la suite tant de retentissement.

Observateur sagace, il s'exprimait avec facilité ; son exposé toujours clair, simple, précis savait rendre faciles et accessibles à toutes les intelligences les questions les plus ardues. L'examen parfois si difficile de l'aliéné était devenu pour lui un véritable jeu. Que le sujet se montrât expansif ou réticent, il savait avec un tact parfait, une extrême habileté, et toujours une grande bienveillance obtenir de lui les réponses nécessaires et utiles ; et dans les cas où le malade replié sur lui-même restait silencieux, en clinicien consommé il savait encore faire surgir un geste, un mouvement, une attitude, une expression de physionomie qui devenait une révélation.

Tout l'auditoire captivé, suspendu à ses lèvres, suivait avec la plus vive attention cet examen méthodique, s'associait aux efforts du pénétrant clinicien, et, à mesure que les phénomènes significatifs étaient dépistés, partageait avec lui la grande satisfaction de voir jaillir la lumière. C'est alors que le Maître, reprenant l'ensemble des symptômes, les classait, les mettait à leur place par ordre d'importance et présentait au premier plan les signes caractéristiques, essentiels, principaux guides du diagnostic qui se déduisait toujours logiquement de ce lumineux exposé.

Un tel enseignement, qui parvenait à faire passer devant les auditeurs les pages vivantes et les plus émouvantes de la clinique mentale frappait vivement les esprits, laissait un souvenir ineffaçable. Le succès fut considérable. L'affluence devint bientôt très grande dans ce cours éminemment pratique, dégagé de toute théorie

spéculative, de toute préoccupation métaphysique, basé sur l'observation directe des faits ; aussi n'était-il pas seulement fréquenté par les médecins : on y voyait des philosophes, des physiologistes, des magistrats ; Bécлар, Vulpian, Gratiolet, Broca, Charcot, Cerise, H. Taine, Ribot en étaient des auditeurs assidus.

Tous les aliénistes français et étrangers qui venaient à Paris ne manquaient pas de s'acheminer vers la Salpêtrière pour entendre Baillarger. Celui-ci les accueillait avec empressement, les pressait de questions, s'informait de la marche des études psychiatriques dans leur pays, des progrès accomplis, provoquait la discussion avec une telle courtoisie, un tel amour de la vérité que l'interlocuteur gagné s'y prêtait avec le plus grand abandon, heureux de contribuer à éclairer des points encore en litige dans les graves problèmes soulevés par les douloureux naufrages de l'intelligence. Tous étaient ravis de ce cordial échange de vues, et la science y trouvait son compte.

Des nombreux admirateurs de ce remarquable enseignement clinique, je ne puis m'empêcher de rappeler l'un des plus éminents, le regretté professeur Balinski, de Saint-Petersbourg, le savant promoteur des heureuses réformes introduites dans le régime des aliénés de Russie, qui ne tarissait pas d'éloges sur ces fructueuses leçons et ne parlait toujours qu'en termes émus de l'éminent aliéniste de la Salpêtrière.

Quand on remonte en arrière dans l'histoire de l'enseignement des maladies mentales, qu'on envisage l'abandon dans lequel se trouvaient partout les aliénés traités comme des parias, des bêtes fauves, on est surpris des rapides progrès accomplis au XIX^e siècle, sous l'impulsion vigoureuse partie de France. C'est l'École de la Salpêtrière, ce berceau, ce foyer de la psychiatrie, inaugurée par Pinel et Esquirol, continuée par Falret et

Baillarger, qui, en dehors de toute attache officielle, — la chaire des maladies mentales à la Faculté ne date que de 1877, — répandait au loin ses vérités et ses préceptes pleins de sollicitude et de bonté pour l'aliéné considéré désormais comme un malade. L'enseignement de M. Baillarger, dernier et puissant écho de cette École florissante, est longtemps resté le phare lumineux vers lequel se tournaient les regards des aliénistes de tous les pays.

Le 15 juin 1847, Baillarger était élu à l'Académie de médecine, à cette période difficile où les portes ne s'ouvraient pour chaque nouveau titulaire qu'après trois extinctions ; il entra dans la section d'anatomie et de physiologie, succédant à MM. Ribes, Ollivier (d'Angers), et Breschet. Quoique jeune encore — il avait à peine trente-huit ans — il avait donné la mesure de son vaste savoir ; il s'était déjà fait remarquer, en dehors de son brillant enseignement, par l'originalité et l'importance de ses travaux et de ses découvertes.

Dès 1839, sans le secours du microscope, à une époque où l'histologie était dans l'enfance, mettant à profit la propriété que possède la substance grise de se laisser pénétrer par les rayons lumineux, il donna de la structure de la couche corticale des circonvolutions une description restée classique, et que les progrès de l'histologie moderne ont complétée sans rien changer à ce qu'elle avait de fondamental. Dans le même ordre de faits, son mémoire sur le mode de formation du cerveau et sa communication à l'Académie sur les rapports entre l'étendue de la surface du cerveau et le développement de l'intelligence, ont une haute importance morphologique et physiologique.

Son curieux et intéressant mémoire sur les hallucinations auquel l'Académie de médecine accorda le prix

Civrieux, a servi de base à tout ce qui a été publié depuis sur ce sujet; les psychologues, les physiologistes, les cliniciens le consultent avec profit et y puisent chaque jour d'utiles renseignements.

Ses autres travaux sur les hallucinations sont tout aussi remarquables, notamment son étude si pénétrante et si judicieuse du fonctionnement cérébral dans cette période intercalaire à la veille et au sommeil, dans laquelle, les centres supérieurs cessant d'intervenir, les hallucinations hypnagogiques deviennent le point de départ du délire, mettant en évidence l'une des modalités les plus curieuses du mécanisme cérébral, l'automatisme. C'est là un trait de génie, à ce moment où les notions sur la physiologie de l'écorce étaient si rudimentaires, à ce moment où l'on n'avait pas encore mis à profit l'incomparable champ d'exploration qu'a fourni l'hystérie, à ce moment, enfin, où toute cette mine si riche en phénomènes obsédants et impulsifs de la dégénérescence était à peine explorée. M. Baillarger avait eu l'intuition des grandes découvertes qui ont suivi ces études.

Les hallucinations psychiques, les hallucinations psycho-sensorielles, le mode de production des hallucinations hypnagogiques, l'automatisme cérébral, étaient la révélation de l'existence des centres supérieurs, exerçant une action modératrice sur toute cette région située en arrière de la pariétale ascendante, sur tout ce domaine des appétits et des instincts. Cette partie de l'écorce cérébrale, véritable substratum organique de nos souvenirs, renferme les différents centres perceptifs encéphaliques qui recueillent les images mnémoniques de toutes nos impressions sensorielles; et c'est là que les centres d'idéation viennent puiser les matériaux nécessaires à l'élaboration intellectuelle, à la formation des idées. Ces images passant en avant dans la région frontale deviennent les schémas, les signes représentatifs de

la pensée, et fournissent les éléments de nos déterminations. Tous ces faits aujourd'hui classiques, on les trouve en germe dans les beaux travaux de Baillarger. Tels sont les titres qui avaient assuré son succès.

La légende nous apprend que Niobé à la vue des cadavres de ses enfants fut transformée en pierre. Dans les formes dépressives de la folie, l'esprit est parfois envahi par des conceptions si profondément douloureuses que les malades restent inertes, immobiles, muets, comme pétrifiés ; ces malades, véritables statues, paraissant dénués de tout sentiment, étaient considérés comme des idiots par Pinel, comme des déments par Esquirol ; à son tour, Georget les rangeait dans une forme particulière de folie qu'il appelait *stupidité*, et dont le caractère principal était la suspension accidentelle de la manifestation de la pensée. Baillarger apportant à l'étude de ces faits sa pénétrante analyse, démontra que ces malades n'étaient ni idiots ni déments, qu'il n'y avait pas non plus chez eux suspension complète de l'intelligence ; mais que cette torpeur apparente masquait un délire très actif tout intérieur, fait d'illusions et d'hallucinations terrifiantes, capable de pousser brusquement aux actes les plus dangereux. Ces malades une fois guéris rendent parfaitement compte des scènes dramatiques auxquelles ils ont cru assister. Baillarger, dans une communication à l'Académie, interprétant ces faits avec une rare sagacité, nous en a laissé une description parfaite sous le nom de *mélancolie avec stupeur*.

Il en a été de même de la *folie à double forme*, dont il détermine nettement les caractères dans sa note à l'Académie de médecine (1854). Cette question fut l'objet d'une vive discussion : Falret décrivit la maladie sous le nom de *folie circulaire* ; Baillarger maintint sa double forme ; mais, en résumé, c'était la même maladie.

Du reste, cette lutte scientifique entre deux adversaires animés du même amour de la vérité, eut les conséquences qu'elle devait avoir : la constitution définitive d'une nouvelle forme mentale. Ces deux mémoires ont servi de base à tous les travaux publiés depuis sur l'intermittence et la périodicité.

De toutes les maladies cérébrales il en est une, la plus grave et la plus fréquente, la paralysie générale, qui longtemps a été un sujet d'étude de prédilection pour Baillarger. Les débuts de cette affection sont insidieux, mobiles, et le diagnostic est parfois d'une difficulté insurmontable : c'en était assez pour stimuler la curiosité et le zèle de Baillarger qui, au milieu d'une profusion de symptômes, s'est appliqué à rechercher les signes capables de servir de guides. Ces premiers efforts ne furent pas stériles, puisqu'ils ont mis en relief deux syndromes fort importants : l'inégalité pupillaire et le délire hypocondriaque. Ce dernier en particulier, au moment où Baillarger le fit connaître, rendit les plus grands services ; on vivait à cette époque sous la croyance d'un délire ambitieux exclusivement caractéristique de la paralysie générale, et l'on ne songeait guère à l'existence possible de cette maladie chez un sujet mélancolique. Ce fut un trait de lumière pour le praticien. Depuis, le champ s'est agrandi : nous savons que le délire du paralytique peut être polymorphe avec des caractères spéciaux ; mais il est juste de rappeler que c'est Baillarger qui nous a mis dans le bon chemin.

Peu après, le premier, il indiquait des cas de paralysie générale avec ataxie locomotrice, de paralysie générale pellagreuse ; il signalait la sclérose de la substance blanche, complément nécessaire de l'anatomie pathologique. Puis, à propos des rémissions, dans lesquelles c'est le délire le plus souvent qui disparaît, laissant manifester l'affaiblissement de l'intelligence, il est con-

duit à présenter son ingénieuse théorie dualiste, à considérer la paralysie générale comme composée de deux maladies, la démence paralytique et la folie paralytique : la première caractérisée par l'affaiblissement progressif des facultés sans délire et les troubles moteurs allant de l'incoordination à la paralysie; la seconde constituée par de légères modifications motrices et de simples troubles vésaniques. La folie paralytique peut s'amender et disparaître, laissant à découvert la démence paralytique qui persiste au contraire, pour suivre sa marche progressive.

Toutes ces questions délicates sont discutées avec une rare sagacité; et cette dualité clinique, si elle n'a pas été conservée, a servi du moins à découvrir et à fixer l'importance des signes essentiels : l'affaiblissement global des facultés mentales et l'hésitation caractéristique de la parole, manifestations constantes directement liées aux lésions diffuses de l'encéphale. Quant aux délires, dont l'activité et la forme sont des plus variables suivant les individus, ils dépendent du degré de prédisposition du sujet, les lésions n'agissant dans leur production qu'à titre d'excitant. Ces délires, malgré leur polymorphisme, ont néanmoins un air de famille, des caractères spéciaux qu'ils tirent du fond de démence sur lequel ils reposent. Voilà les progrès; mais ce sont les travaux précurseurs de Baillarger, les jalons plantés par lui, qui nous ont servi de guides au milieu de cette inextricable symptomatologie.

Délégué par l'Académie de médecine pour prendre part aux travaux de la Commission d'enquête sur le goître et le crétinisme, Baillarger est choisi comme rapporteur. Cette Commission nommée le 29 décembre 1864 par le ministre de l'Agriculture, et présidée par Rayer, était chargée « de réunir des documents admi-

nistratifs sur la question du goître et du crétinisme, de coordonner ces renseignements, de les résumer et de proposer, dans un avis, les mesures propres à remédier au mal ou à l'atténuer autant que possible ».

Les documents administratifs étaient nombreux, des statistiques sur la distribution géographique du goître et du crétinisme avaient été soigneusement recueillies ; mais bien des points restaient obscurs : des individus affectés de dégénérescences très différentes figuraient sur les mêmes listes. Ces renseignements ne pouvaient satisfaire l'esprit net et précis du rapporteur ; l'enquête sur place s'imposait : il fallait examiner directement les sujets, leurs ascendants et collatéraux, et s'assurer des conditions physiques et biologiques capables de favoriser ces endémies. Malgré la lourdeur de la tâche, Baillarger n'hésita pas et entreprit ce long voyage d'études, dans la Savoie, le Valais, les Pyrénées ; dans toutes les régions où étaient signalés le goître et le crétinisme. Dans ses relevés, il s'appliqua à séparer les idiots des crétins, faisant judicieusement observer que les idiots étaient plus nombreux dans les départements où sévissait l'alcoolisme ; c'était donc, pour ces régions, l'alcoolisme des ascendants qu'il fallait surtout incriminer dans la production de l'idiotie.

Soucieux de ne rien négliger, d'une curiosité insatiable, il apportait un soin minutieux à tous ses examens. Mais, dans quelques hameaux perdus au fond des vallées ou dans les montagnes, les habitants, esprits simples et ignorants, ne comprenant rien à la sollicitude du savant, considéraient avec défiance ces pesées, ces explorations du crâne, et regardaient de mauvais œil tous ces instruments étranges de mensuration ; on parla bientôt de sorcier préparant quelque maléfice : les mères inquiètes cachèrent leurs enfants, et les pères irrités se disposaient à faire un mauvais parti à ce ma-

lencontreux visiteur. Il fallut renoncer à quelques examens.

Pendant qu'en explorateur attentif, Baillarger poursuivait ces intéressantes observations sur l'homme, un fait nouveau frappa son attention ; il remarqua l'hyper-trophie de la glande thyroïde sur des mulets d'abord, puis sur des chevaux, des chiens, des vaches, des chèvres, des moutons et même des porcs. Il s'empressa de recueillir ces observations d'autant plus inattendues que le goître, rare chez les animaux, n'avait pas été signalé jusque-là dans ces localités. Il rédigea une note que Rayer communiqua à l'Académie des Sciences et qui se terminait par la conclusion suivante très explicite :

« Les animaux domestiques sont souvent atteints de goître dans les localités où cette affection est endémique. Elle s'observe surtout alors chez les chiens et chez les chevaux, mais elle sévit d'une façon spéciale et tout à fait exceptionnelle chez les mulets. »

Un professeur de l'École vétérinaire de Lyon crut devoir contredire ces faits ; un nouvel examen fut pratiqué par des médecins et des vétérinaires des localités mentionnées, qui confirma les conclusions de Baillarger : le résultat est resté acquis à la science.

Cette étude clinique si consciencieuse sur le goître et le crétinisme fut le prélude de longues et patientes enquêtes, après lesquelles Baillarger se décida à rédiger le rapport qui est resté, suivant l'expression de Tardien, le document le plus complet et le plus vrai sur l'état du goître et du crétinisme en France.

Ses belles et importantes recherches, son remarquable enseignement, avaient depuis longtemps attiré sur Baillarger l'attention de ses collègues de l'Académie qui, à l'unanimité, l'appelèrent en 1878 à la présidence. Beaucoup d'entre eux sont heureusement encore présents parmi nous ; et ils se souviennent avec quelle auto-

rité, quel tact et quelle aménité tout à la fois, il dirigea les travaux et les débats de notre Compagnie.

Cette même année il fut appelé à présider le Congrès international de médecine mentale, et dans son discours d'inauguration, tout plein d'aperçus cliniques et pratiques d'une haute portée, nous relevons quelques lignes sur l'organisation des asiles, question dont il s'est longtemps occupé et pour laquelle même il a généreusement institué un prix à l'Académie de médecine.

Dans ce discours : « Je n'entends pas, dit-il, seulement parler de ces bâtiments spacieux, pleins d'air et de lumière, substitués aux réduits obscurs et humides; de ces divisions nombreuses qui ont permis de faire régner l'ordre, là où tout n'était que désordre et confusion : je veux aussi et surtout parler des soins que reçoivent les malades, du bien-être dont ils sont entourés, et de la suppression presque complète des moyens de contention. »

Convaincu de l'inutilité et du danger de la camisole de force et de tout le vieil arsenal contentif des asiles, il en prévoyait et en désirait la disparition absolue. Ce désir et ce vœu s'accomplissent progressivement, au grand profit des aliénés : dans beaucoup d'asiles à l'étranger et dans de nombreux services d'aliénés en France, la camisole de force et les autres moyens contentifs ont depuis longtemps disparu; les retardataires qui les conservent encore, loin de s'en faire gloire, s'excusent, arguant d'une insuffisance de personnel. Il faut espérer que le *no-restraint* des asiles gagnera les hôpitaux, où il est encore plus nécessaire chez les malades fébricitants, et que la réalisation du vœu de Baillarger pour le traitement des aliénés verra disparaître, des observations recueillies dans les salles d'hôpital, cette mention affligeante : « Le malade devenu agité a dû être camisolé. » Je suis certain d'être l'inter-

prête de ce que dirait aujourd'hui Baillarger, en ajoutant : quelque agité que soit le malade, il ne doit jamais être camisolé.

Cédant à son esprit de vulgarisation, à son ardent désir de rendre aux autres la tâche plus facile, Baillarger a eu l'heureuse idée de réunir ses principaux travaux en deux volumes intitulés : *Recherches sur les maladies mentales*, ouvrage considérable dont la lecture fait comprendre ce dont sont redevables à cet infatigable travailleur l'anatomie et la physiologie des centres nerveux, la psychologie, la pathologie et la clinique mentales, la thérapeutique et la médecine légale des aliénés.

Chaque chapitre est précédé d'un sommaire net, précis, analysant et résumant avec une lumineuse clarté tout le travail, mettant en relief les principaux arguments et les idées directrices qui président à la démonstration. Ainsi prévenu et éclairé, le lecteur pénètre sans fatigue au cœur même du sujet, étonné de la facilité avec laquelle il suit tous les développements des questions les plus complexes. Simplifier les difficultés, tel a été le but constant du Maître ; et l'on peut dire qu'il a pleinement réussi, aussi bien dans ses écrits et son enseignement dogmatique que dans son enseignement clinique.

Avide de connaissances, il s'intéressait à toutes les découvertes, à tout ce qui se publiait de nouveau ; il prenait plaisir, même dans les dernières années, quand il recevait chez lui, à s'entretenir de ces sujets : nos collègues Laborde et Mathias Duval, ses convivés, furent très surpris un jour de le voir entièrement au courant, dès leur apparition, des travaux de Ramon y Cajal sur l'histologie du cerveau, la théorie des neurones, les communications intercellulaires ; ce fut le

thème principal sur lequel roula la conversation pendant le repas, et ses réflexions dénotaient une connaissance très approfondie du sujet.

Malgré son immense labeur, son remarquable enseignement, ses livres, Baillarger ne se croyait pas quitte envers la science : en pionnier prévoyant, il a voulu en assurer les progrès en associant à ses œuvres les efforts de tous ; et c'est ainsi qu'il a fondé la Société médico-psychologique et les *Annales* du même nom. Baillarger a été, en effet, le véritable fondateur de la Société médico-psychologique ; il avait déjà créé les *Annales médico-psychologiques*, qui sont devenues l'organe de la Société et qui forment un recueil précieux, mine inépuisable où se sont centralisés tous les documents relatifs à l'étude de l'aliénation mentale, dont ils montrent, avec ses vicissitudes, tous les progrès et l'évolution.

Après bien des difficultés et un long ajournement imposé par les événements de 1848, la Société fut définitivement constituée en 1852. Son programme très vaste avait réuni de nombreux adhérents pleins de bonne volonté, mais à tendances scientifiques tout à fait différentes : des philosophes, des psychologues, des métaphysiciens y coudoyaient des pathologistes, des aliénistes, des neurologues ; et, comme l'a dit excellemment M. le Dr Ritti, dans son discours du cinquantième de la Société : si le programme était le même, « méthodes et doctrines s'y heurtaient en contrastes violents ; l'introspection de la psychologie métaphysique se trouvait en constante opposition avec l'observation clinique et l'anatomie pathologique ».

Après la discussion de quelques questions générales, communes aux deux domaines clinique et psychologique, on en vint peu à peu aux questions pratiques qui intéressaient plus particulièrement le médecin :

pathologie mentale, thérapeutique, médecine légale, assistance et législation des aliénés ; tout autant de questions basées sur l'observation directe du malade, permettant des déductions précises suivant une méthode très différente de celle des philosophes. Peu à peu, les psychologues et les métaphysiciens ont fait place aux médecins ; et la Société est devenue insensiblement ce qu'elle est aujourd'hui, essentiellement clinique.

Cela suffit, je pense, pour montrer ce dont est redevable à Baillarger la médecine mentale ; mais Baillarger n'a pas été seulement un savant, un éducateur : il a été aussi un philanthrope, un bienfaiteur. Je ne puis m'empêcher de rappeler les paroles de notre regretté collègue Blanche, sur l'inépuisable charité de Baillarger, que rehaussait encore une exquise discrétion.

« Vous savez moins, disait Blanche après avoir parlé de son œuvre scientifique, comme Baillarger était bon ; car, s'il songeait constamment à faire le bien, il songeait tout autant à cacher le bien qu'il faisait. La liste serait longue de toutes les infortunes qu'il a soulagées : filles de savants pauvres qu'il avait établies en les dotant, vieillards, veuves dont il avait assuré l'existence, jeunes médecins à qui il avait payé leurs frais d'études et qu'il avait pourvus d'une situation garantissant leur avenir ! Sans parler de toutes les sociétés charitables auxquelles il souscrivait largement, et parmi ces sociétés il en est pour lesquelles sa libéralité était inépuisable ; il avait eu le premier la pensée du patronage des aliénés sortis guéris de la Salpêtrière et de Bicêtre, et c'est lui qui a fondé l'association mutuelle des médecins aliénistes de France.

La haute situation de Baillarger, en effet, sa grande bienveillance, appelaient les confidences ; et il se trouvait plus que tout autre en mesure de se rendre compte

de nombreuses infortunes, d'autant plus douloureuses qu'un sentiment de pudeur obligeait à les cacher. En face de ces détresses souvent ignorées, la charité privée est impuissante ; la mutualité, au contraire, qui engage et régularise la solidarité confraternelle, fait tomber les scrupules et permet à toutes ces infortunes imméritées de se découvrir. Baillarger se fit l'apôtre de cette idée généreuse et pratique, auprès de ses collègues qui s'empressèrent de répondre à son appel ; en 1865 l'Association mutuelle des médecins aliénistes fut fondée, approuvée peu après par le ministre de l'Intérieur et reconnue d'utilité publique. Pendant vingt-cinq ans, Baillarger a présidé l'Association ; il en a été l'âme, stimulant le zèle de tous, provoquant les adhésions, les dons, les legs, les subventions des pouvoirs publics. Et quoique la famille aliéniste soit peu nombreuse, on comptait bientôt quatre-vingts adhérents ; ce nombre s'élève aujourd'hui à plus de cent soixante-dix, presque tous les aliénistes. Les services rendus sont innombrables, les misères secourues ne se comptent pas ; et une aide est assurée actuellement aux veuves, aux orphelins, aux infirmes.

A la mort de Baillarger, ses élèves ouvrirent une souscription pour l'érection d'un buste, suprême hommage rendu à la glorieuse mémoire du Maître aimé et regretté ; et le 7 juillet 1894, la Salpêtrière était en fête : deux monuments, heureuse coïncidence, se dressaient dans les jardins de la cour d'entrée de l'hospice : le buste de Baillarger élevé par la reconnaissance confraternelle, et le buste de Falret par la piété filiale. Jules Falret, dans un sentiment de pieuse affection, avait offert le buste de son père.

Les deux Maîtres sont là bien à leur place, dans cette Salpêtrière toute pleine encore des échos de leur brillant et fécond enseignement, où ils ont durant de longues

années vécu côte à côte dans le même amour du vrai et du bien, illustres émules dont la vie tout entière a été consacrée au travail, aux progrès de la science, et à l'adoucissement de la souffrance humaine.

Pendant l'épidémie de 1849, le choléra décimait la Salpêtrière ; Baillarger, pour soutenir les courages, raffermir les zèles et les dévouements, s'était installé dans l'établissement. Trélat père, son collègue, fut atteint du choléra ; son état était grave, son séjour à la Salpêtrière pouvait promptement lui devenir funeste. Baillarger, malgré l'opposition de Trélat qui refusait de quitter l'hospice, voulant mourir à son poste d'honneur, le transporta presque de force dans sa maison de santé d'Ivry, jusqu'alors indemne de l'épidémie, sans nul souci des observations intéressées, et avec le concours de sa famille aussi dévouée que lui. Trélat fut sauvé. En 1865, la Salpêtrière vit encore apparaître quelques cas de choléra ; une nuit, l'interne de Baillarger fut pris de symptômes de la maladie assez sérieux pour alarmer ses collègues qui, le matin, dès l'arrivée du chef, vinrent lui faire part de leurs craintes. Baillarger, sans hésiter, décida de l'emmener dans sa propriété de la Jonchère ; l'interne refusait, craignant d'apporter des germes de l'épidémie dans cette charmante retraite où se trouvait réunie à ce moment toute la famille du Maître. Baillarger ne voulut rien entendre, insista ; le malade fut installé dans la voiture, qui roula vers la Jonchère. A l'arrivée, M^{me} Baillarger, mise au courant en quelques mots, accueillit avec l'empressement le plus touchant cet hôte dangereux, sans se préoccuper ni d'elle-même ni des siens, puisqu'il y avait un service à rendre. M^{me} Baillarger a sans doute oublié ce bienfait, comme elle en a oublié beaucoup d'autres ; mais cet interne ne saurait celer sa vive connaissance, car c'est celui-là même

qui aujourd'hui a l'insigne honneur et la joie de rappeler tout ce qu'il y avait de si délicatement bon chez ce Maître aimé et dans toute sa famille.

En 1870, Baillarger avait donné sa démission de médecin des hôpitaux ; lorsque survint l'investissement de Paris, il était à la campagne : il s'empressa de rentrer, sachant que les services allaient être désorganisés par les exigences de la guerre ; il reprit son poste à la Salpêtrière, qu'il ne quitta qu'à la paix. Le 31 décembre 1890, Baillarger se sentant souffrant fait appeler le professeur Potain, son médecin et ami, et s'entretient quelque temps avec lui ; après son départ, il se fait lire par sa fille le passage d'un article ayant trait à certains malaises qu'il éprouvait. La lecture achevée, il fit avec une lucidité parfaite quelques réflexions sur ce qu'il venait d'entendre ; il se retourna sur l'oreiller et s'éteignit doucement, sans agonie : tel le soir d'un beau jour.

Ses œuvres restent impérissables ; elles révèlent son talent, son cœur, son esprit. Et les travailleurs, sous l'impulsion qu'il a imprimée à la médecine mentale, continueront longtemps à suivre les sillons qu'il a si largement tracés.

Chronique

De la situation des médecins des asiles d'aliénés en Allemagne.

Depuis l'époque, déjà lointaine, où Falret père découvrit Illenau, et en fit une description enthousiaste, nous avons gardé l'habitude, en France, de considérer l'Allemagne comme possédant, pour son service d'aliénés, l'organisation la plus parfaite, plus parfaite en tout cas que celle de beaucoup d'autres pays, le nôtre en particulier. Asiles pourvus de toutes les ressources thérapeutiques, cours et cliniques dans les Universités, prépondérance de l'élément médical dans toutes les questions intéressant les aliénés, médecins n'arrivant à leur situation que grâce à leur notoriété scientifique, médecins-adjoints et assistants pourvus de services autonomes, où peuvent librement se développer leurs talents et leur esprit d'initiative, — bref, un idéal vers lequel devraient tendre tous nos efforts, et qu'on nous présente avec éloges chaque fois qu'il s'agit de battre en brèche ce que nous avons en France.

Il y a un siècle environ que l'on a commencé à s'occuper scientifiquement des aliénés ; il est indéniable que, durant cette période, l'Allemagne n'a cessé de produire des aliénistes du plus grand mérite ; parmi ceux de notre génération, beaucoup ont une réputation universelle, justement méritée.

Mais les institutions elles-mêmes sont-elles aussi par-

faites que nous semblons le croire? On peut se le demander quand on a lu le mémoire du Dr Hoppe (1).

L'auteur avait toute compétence pour donner son avis. Il a été, pendant treize ans, médecin en chef d'un important asile en Prusse; il est donc familiarisé avec tout ce qui touche aux aliénés; il a pu apprécier à leur valeur les règlements et les hommes. Mais l'impartialité, le sang-froid qu'exige une étude pareille, les trouve-t-on chez lui? J'en doute. Il y a, en effet, cette circonstance fâcheuse, que le Dr Hoppe, après ses treize ans de services, et sans qu'on pût lui reprocher aucun manquement professionnel, s'est vu brutalement révoqué, uniquement, dit-il, parce que *Juif*, ce qui déplaisait au Président de la province! Qu'il lui en soit resté de la rancœur, qui s'en étonnerait! Être arrivé, après de longs efforts, vers l'âge de quarante ans, à la situation longtemps ambitionnée, se croire installé au port, en toute sécurité, et tout d'un coup, pour un motif comme celui de la religion, être obligé de renoncer à tout, de chercher, pour lui et pour sa famille, une situation nouvelle, — quel est celui qui subirait placidement une iniquité pareille?

Dans ces conditions, il importe de distinguer entre les faits sur lesquels l'auteur argumente, et son argumentation elle-même. De celle-ci je lui laisse toute la responsabilité, me bornant à transcrire fidèlement ses appréciations, en général peu bienveillantes.

I

Le personnel des asiles d'aliénés, en Allemagne, se compose de médecins directeurs, médecins en chef, médecins assistants (ou adjoints), et enfin médecins volon-

(1) *Die Stellung der Aerzte an den öffentlichen Irrenanstalten* (De

taires, ou stagiaires, qui, agréés par le médecin directeur, sont attachés à l'asile pour une ou plusieurs années; ils sont déjà docteurs.

Laissons de côté les *Stagiaires*, qui ne figurent pas dans le cadre réglementaire, et voyons comment le médecin désireux de faire sa carrière dans les asiles a chance de parcourir les différents échelons avant d'arriver au grade supérieur de médecin directeur.

En général, on débute comme médecin adjoint vers l'âge de vingt-sept ans et demi; mais, depuis les règlements sur les examens, la durée des études se trouvant prolongée de trois semestres, il en résulte qu'à l'avenir on ne sera guère médecin adjoint avant vingt-huit ans et demi.

Le traitement de début est de 1.500 francs (1); il monte progressivement à 1.800, à 2.250, et même, dans certains asiles, après six à dix ans de services, à 2.500, exceptionnellement à 3.000, chiffre maximum.

La situation des médecins adjoints est certainement plus avantageuse en France, car ils débudent à 2.500, arrivent, après deux ans, à 3.000, au bout de quatre ans à 4.000.

Sur les 41 médecins adjoints qui étaient en fonctions en 1901 (2), 13 étaient à 2.500 francs; 10, à 3.000; 18, à 4.000.

Tandis que sur 86 médecins adjoints en Allemagne,

la situation des médecins dans les asiles publics d'aliénés); par le Dr Hugo Hoppe, médecin neurologiste à Königsberg, ancien médecin en chef de l'asile provincial d'aliénés d'Allenberg (Prusse orientale). Brochure de 158 pages, Carl Marhold, Halle, 1902.

(1) L'auteur calcule en *marks*. Pour faciliter la comparaison, j'ai réduit tous les chiffres en *francs*. Au traitement en argent il faut, dans tous les cas, en Allemagne comme en France, ajouter les avantages en nature (logement, chauffage, etc.).

(2) Ce sont les chiffres donnés par l'*Annuaire de l'internat en médecine des asiles publics d'aliénés du département de la Seine*, Paris, 1901.

6, qui avaient douze ans à dix-neuf ans de fonctions, ne touchaient que 2.500 francs.

En France, l'avancement est assez régulier. Depuis que les médecins adjoints sont nommés au concours, ils sont sûrs d'arriver, à leur tour, au fur et à mesure des vacances, au grade de médecin en chef. En 1901, le médecin adjoint le plus ancien datait de 1893; il était le seul, tous les autres étaient plus récents. En Allemagne, au contraire, l'avancement est très aléatoire, et dépend d'une foule de circonstances fortuites. On y voit des médecins adjoints s'éterniser dans leur situation, y rester dix-huit à vingt-deux ans! La moyenne, en France, ne dépasse guère huit à dix ans (1).

Jadis le médecin adjoint allemand devenait médecin en chef après cinq à sept ans de services; il débutait à 3.750 francs (dans certains asiles 2.875 à 3.500). Il est quelques établissements où le traitement est fixe, et ne peut être augmenté; dans d'autres, après douze à quinze ans, on arrive à 5.000, 5.400, et même 6.000, mais c'est là un maximum.

Il est évident, d'après cela, qu'en France les médecins en chef ont une situation meilleure, puisqu'ils débutent à 5.000 francs, pour arriver, par augmentations successives tous les trois ans, à 8.000.

Tous les asiles, en Allemagne, ont à leur tête un médecin directeur, qui a sous son autorité non seulement le personnel administratif, mais aussi le personnel médical. Ce sont les médecins en chef, qui, par avancement, arrivent à être médecins directeurs, après treize ans en moyenne. Le médecin directeur débute à

(1) L'auteur paraît assez mal documenté sur ce qui existe en France. Il met sur la même ligne les asiles départementaux, les quartiers d'hospice, et enfin Bicêtre et la Salpêtrière qui dépendent de l'Assistance publique. Il ne peut y avoir de comparaison qu'avec nos asiles départementaux.

6.250 francs (dans quelques asiles seulement 3.750 à 6.000). Après douze à quinze ans, il arrive à 8.750 ou même 10.000. Il en est qui ne peuvent dépasser 8.125; de rares privilégiés montent à 11.250 et même 13.750.

Dans le système français, il n'y a pas de directeur médecin comparable au directeur médecin allemand. Dans certains de nos asiles, en général les moins importants, il y a un directeur médecin, secondé par un ou plusieurs médecins adjoints et des internes; dans d'autres, au contraire, il existe, à côté d'un ou deux médecins en chef, un directeur administratif, qui, même s'il est docteur, reste étranger au service médical; il y en avait 15 en 1901. Médecins en chef, directeurs médecins, directeurs administratifs sont sur le même pied pour le traitement (1); il est vrai que les directeurs trouvent généralement moyen de se faire allouer des indemnités supplémentaires qui les mettent dans une situation plus avantageuse.

Il n'existe de directeur administratif qu'en France; on n'en voit dans aucun autre pays, sans exception. Ce que cette organisation a de piquant, c'est que le directeur choisi n'a en général aucune idée de l'aliénation mentale, et cela n'empêche pas qu'administrativement, il a le pas sur les médecins: de là une source incessante de conflits et de difficultés, le directeur s'imaginant vite qu'il est aussi compétent que les médecins dans toutes les questions touchant à l'aliénation.

Consolons-nous pourtant: en Allemagne, où il n'y a

(1) En 1901, sur 70 médecins en chef ou médecins directeurs, il y en avait, en France, 11 à 5.000 francs, 12 à 6.000 francs, 14 à 7.000 francs, 33 à 8.000 francs.

Sur les 15 directeurs administratifs, 12 étaient à 8.000 francs, 1 seul à 7.000, 2 à 6.000. Ils débutent souvent d'emblée au maximum, ce qui n'est jamais le cas pour les médecins (*Annuaire* cité).

que des autorités médicales, les luttes, nous dit M. Hoppe, sont en permanence. Faut-il donc croire que les hommes sont partout les mêmes, et qu'il suffit de leur donner une parcelle d'autorité, pour qu'ils soient tentés d'en abuser ?

Tout compte fait, je pense que notre organisation est, dans son ensemble, plus avantageuse. Chez nous, médecins, directeurs, directeurs médecins, sont fonctionnaires de l'Etat ; ils dépendent tous du ministère de l'Intérieur, subissent une retenue sur leurs appointements, et ont droit à la retraite.

Rien de pareil en Allemagne. Chaque asile à son règlement spécial. Le traitement, les avantages en nature, la retraite, tout cela varie, non seulement d'un Etat à l'autre, mais même d'une province à l'autre dans le même Etat. Si les médecins directeurs sont généralement nommés à vie, les médecins, au contraire, ne paraissent avoir qu'une délégation temporaire, qui peut leur être retirée après une dénonciation préalable de trois ou six mois. Article qui, en fait, est rarement mis en vigueur, et seulement dans des cas graves. Mais on l'a appliqué au Dr Hoppe pour se débarrasser d'un Juif, et l'on comprend quelle arme dangereuse il peut être entre les mains de supérieurs malveillants.

L'auteur se lamente beaucoup sur la situation du personnel médical des asiles ; il démontre qu'elle est inférieure à celle des magistrats et des médecins militaires. Cependant, en jugeant par comparaison, et d'après les chiffres mêmes qu'il donne, les aliénistes allemands ne sont guère moins bien partagés que ceux des autres pays, exception faite de l'Angleterre et des Etats-Unis (1).

(1) A Glasgow, outre les avantages en nature très importants, le directeur débute à 15.000 francs, et peut arriver à 50.000 ! A Bethlem Royal Hospital, à Londres, le traitement est, au début,

II

La conclusion de ce premier chapitre de doléances, c'est qu'il serait tout à fait nécessaire d'élever le traitement des médecins ; c'est un vœu auquel nous nous associerons tous. Mais M. Hoppe pense-t-il que cela suffirait à faire disparaître les imperfections qu'il signale avec tant d'amertume ? En quoi, par exemple, cela remédierait-il à l'*encombrement* ? Car l'*encombrement* règne en Allemagne comme chez nous : trop d'aliénés dans les asiles, et trop peu de médecins ! Chacun s'ingénie à remédier au mal, et calcule à sa façon le nombre d'aliénés maximum que l'on doit confier à un médecin, d'une part pour que ceux-ci soient bien soignés, d'autre part pour que le médecin ne soit pas surmené.

Fischer (1), tenant compte, et de la population moyenne et du nombre d'admissions annuelles, veut que dans un service confié à un médecin, il n'y ait pas plus de 180 aliénés. Alt va plus loin : il lui faut un médecin pour 100 aliénés (avec 25 admissions annuelles) ; un médecin de plus par 75 entrées.

En calculant sur ces bases, on arrive à cette conclusion, que, dans les asiles allemands, il manque environ 40 p. 100 de médecins ; que là où il y en a 5, il en faudrait 7, etc. (2).

Toutes ces évaluations, sur lesquelles on peut épiloguer à perte de vue, combien elles sont timides

de 20.000 francs, 30.000 après huit ans. A New-York, le directeur peut arriver, après dix ans, à 22.500 francs ; et de plus il est défrayé de tout, lui et sa famille.

(1) *Psychiatr. Wochenschrift*, 1900, n^{os} 50 et 51.

(2) En Angleterre, il y a, en moyenne, 1 médecin pour 300 à 400 aliénés ; en Amérique, la moyenne est 1 pour 190.

auprès de celles du D^r Escuder, un de nos distingués confrères d'Espagne (1) !

M. Escuder veut des colonies peu nombreuses. Chaque colonie aurait à sa tête un médecin qui en habiterait le centre ; elle ne comprendrait que quarante aliénés, serait située en pleine campagne, composée de villas isolées en nombre suffisant. Autant que possible, elle serait séparée de la ville par une chaîne de montagnes (1), pas trop loin de la mer, dans un pays riant ; les pensionnaires y vivraient et y seraient occupés dans un état de liberté aussi complète que leur état le permettrait ; ils subiraient le plus possible le contact du médecin, et y trouveraient une existence aussi familiale que possible.

Il me paraît difficile d'être plus poétique !

Quel que soit d'ailleurs le chiffre auquel on s'arrête, il y a une question préalable à résoudre. Depuis que l'on a dit et répété « que la gloire de Pinel est d'avoir élevé l'aliéné à la *dignité de malade* », on est arrivé tout naturellement à ne plus faire de distinction entre l'hôpital et l'asile d'aliénés.

Or, cette assimilation n'est pas possible, elle est contraire à la réalité des choses : dans l'immense majorité des cas, l'aliéné est un *infirmes*, non pas un *malade*.

La *maladie*, en effet, est un ensemble de phénomènes qui s'enchaînent les uns aux autres, découlent les uns des autres d'après des lois constantes, et constituent un processus, ayant son début, sa phase de développement, sa terminaison, qui est, ou la mort, ou le retour à l'état normal, ou encore la chronicité. Y a-t-il rien de pareil chez l'aliéné ? Oui, sans doute : le maniaque aigu, le mélancolique, le paralytique général, peuvent rentrer

(1) *Archives de neurologie*, 1897, t. XXXIV, p. 63 ; analyse par F. Boissier.

dans cette catégorie ; mais dans l'immense majorité des cas, ne voit-on pas chez l'aliéné un état constitutionnel qui s'est établi d'emblée et qui durera sans changement pendant des années, pendant la vie entière ? Quand une fois on a examiné cet *infirmes*, on a obtenu son portrait « ne varietur », tel qu'il sera dans trente, dans cinquante ans ! Que d'exemples j'en pourrais citer, observés à Charenton ! Et alors à quoi bon venir chaque matin examiner à nouveau cette pauvre épave, et qu'y gagnerait-elle ?

C'est du reste l'évidence même. Quand a été rédigé le règlement de Dun-sur-Auron, peuplé de déments et de chroniques inoffensifs, on a eu soin de stipuler que le médecin ne serait tenu à une visite de ses pensionnaires qu'une fois tous les quinze jours. Qu'on me dise pourquoi le dément, placé chez un paysan, plus ou moins abandonné dans le village, n'a besoin de voir le médecin que deux fois par mois ; tandis qu'un même dément, placé dans un asile, il faut la visite du médecin tous les matins, sans compter la contre-visite du soir !

Le médecin d'asile, qui a 100 ou 200 aliénés dans son service, n'est nullement dans la situation du médecin d'hôpital qui aurait à soigner (ce qui me paraît impossible) le même nombre de *malades*. Tout ce qui, dans l'asile, a besoin de soins spéciaux et continus, passe à l'infirmerie : alors seulement il rentre dans la catégorie des malades ; et, si j'en juge par mon expérience, la moyenne de ces cas est en général faible.

Le rôle de médecin aliéniste, dit M. Hoppe, est un des plus lourds, des plus difficiles, et des plus décevants que l'on puisse imaginer. Le contact permanent avec les aliénés, c'est-à-dire avec des gens dont l'intelligence a sombré, qui présentent des tares de toute espèce, dont le sens moral est profondément altéré, qui trouvent leur plaisir à mentir, à comploter, à susciter au médecin

toutes sortes de contrariétés et d'avaries ; la nécessité d'entendre constamment leurs divagations, leurs cris, leur intarissable loquacité ; d'opposer à leurs plaintes, à leurs injures, une patience et une sérénité d'humeur inlassables ; la conviction qu'on ne pourra ni guérir, ni même soulager tant de misères, et qu'on n'aura pour toute récompense de ses efforts que l'ingratitude, non seulement de l'aliéné, mais de sa famille, et même du public ; — tout cela ne doit-il pas à la longue déterminer une profonde dépression psychique ? A ce tableau si sombre, il faut joindre encore les actes de violence auxquels le médecin est sans cesse exposé, et qui lui viennent de ceux mêmes auxquels il s'est le plus dévoué ! Il est long, le martyrologe des aliénistes tombés victimes des hallucinations de leurs pensionnaires ; et nous laissons de côté les soufflets, les coups de poing, les projectiles de toute espèce, qui ont amené parfois des plaies graves et lentes à guérir, sinon des infirmités durables.

Quoi d'étonnant qu'avec une existence pareille, au milieu de tous ces éléments nuisibles, le médecin éprouve une diminution prématurée de ses forces intellectuelles ! Que son système nerveux soit profondément ébranlé !

On parle de la *névrosité* des aliénistes ? Elle est en réalité si fréquente que l'on a dû inventer pour eux le terme de *neurasthénie des asiles d'aliénés* (1). Elle est encore aggravée par la vie monotone que le médecin est condamné à mener dans son asile, qui, le plus souvent,

(1) En France, les conditions d'existence dans les asiles ne sont guère différentes ; et cependant on n'y connaît pas cette variété de *neurasthénie*, dont je n'avais jamais entendu parler. Il faut croire que les aliénistes français ont une force de résistance beaucoup plus grande ; car beaucoup arrivent à un âge avancé, en conservant toutes leurs facultés. C'est parmi ceux qui ont fourni la plus grande somme de travail, que l'on compte maints octogénaires : Pinel, Baillarger, Falret père et fils, Moreau (de Tours), Dagonet, Delasiauve, etc. Calmeil est mort presque centenaire.

est isolé et loin de tout centre important, et où, pendant les longs hivers, toute communication avec le dehors est interrompue pendant des semaines entières.

On devrait croire, ajoute l'auteur, que, dans ces conditions, les médecins cherchent à se réunir, à créer entre eux des relations cordiales, un échange d'idées scientifiques ou artistiques? Erreur! C'est là que se développent des jalousies, des frottements de toute espèce, qui rendent la vie insupportable. Et le directeur, dont le rôle devrait être celui de pacificateur, attise au contraire les inimitiés, dans l'espoir de fortifier son autorité (*dividit ut imperet*).

III

Dans ce qui précède, on ne peut pas reprocher à notre distingué confrère de faire montre d'optimisme; il nous a dépeint la situation morale et matérielle des médecins d'asile sous les plus noires couleurs. Écoutons-le maintenant parler du recrutement même de ces médecins, et de leur valeur scientifique et professionnelle.

Ce n'est un secret pour personne, dit-il, et l'on s'en est plaint amèrement à la réunion des aliénistes du sud-ouest de l'Allemagne (Francfort, novembre 1899), que beaucoup de directeurs sont au-dessous de leur tâche. L'isolement dans lequel vit chaque asile, et qui empêche toute émulation, fait que les postes les plus élevés ne sont pas conquis par le travail et acquis au mérite, mais obtenus à l'ancienneté.

On n'exagère pas en disant que la plupart des médecins d'asile ne sont entrés dans la carrière que par hasard, attirés, surtout au début, par les conditions matérielles qui leur assurent la sécurité du lendemain. Une fois dans l'engrenage, ils y restent, par paresse, par commodité, par manque de cette énergie, de cette confiance en eux-mêmes, qui leur permettrait d'affronter

la concurrence. Ils se laissent aller, s'acquittent à peu près de leur tâche journalière, se montrent sévères pour leurs subordonnés, obséquieux pour leurs supérieurs, et, par la simple force des choses, ils arrivent aux postes les plus élevés.

Il n'en était pas ainsi autrefois (1); on ne prenait pour directeurs que des médecins ayant une notoriété scientifique. Aujourd'hui on tient plus compte de qualités superficielles : un extérieur agréable, une belle prestance, une barbe soignée, en imposent plus que le savoir le plus étendu. Il est même arrivé que les titres scientifiques, loin d'être une recommandation, ont été, au contraire un empêchement. Car, ce que l'on demande au directeur, c'est de gérer économiquement son asile, de réaliser des bénéfices, de remplir tranquillement ses fonctions, et surtout de ne pas *attirer d'affaires* à l'administration supérieure!

Dans les asiles provinciaux de la Prusse, sur 51 directeurs, 25 seulement avaient quelques titres scientifiques. Et, dans toute l'Allemagne, sur 103 directeurs, il en est 73 qui n'ont à leur actif que leur thèse de doctorat et un ou deux articles de journaux : 30 seulement (dont 6 professeurs d'Université) ont un nom dans la science. D'ailleurs, sur 225 médecins d'asile, une centaine seulement (44 0/0, statistique de 1897) avaient fréquenté une clinique psychiatrique. Et voici comment se passent les choses généralement : l'assistant, nouvellement nommé, arrive, ne sachant rien de ce qui l'attend. Le directeur, absorbé par les soins de l'administration, se désintéressant des questions scientifiques, lui conseille de lire un traité quelconque ou un manuel de psychiatrie, et le confie à un collègue plus ancien,

(1) Depuis qu'il n'est plus en fonction, M. Hoppe paraît devenu « *laudator temporis acti* ».

qu'il charge de l'initier à ses fonctions. Au bout de quelques semaines, de quelques mois au plus, on lui donne un service dont il sera responsable. Comment vent-on que, dans ces conditions, le service soit fait convenablement (1)? Le jeune médecin, satisfait d'être arrivé à l'indépendance, s'acquitte de sa tâche d'une façon empirique; la visite terminée, il se garde bien de se livrer à l'étude. Les ouvrages spéciaux, les journaux, les revues de psychiatrie, s'empilent sur les rayons de la bibliothèque, sans même être coupés : distractions et occupations, il les cherche ailleurs. L'alcool surtout est là pour faire passer l'ennui des longues heures inoccupées. C'est l'alcool qui souvent est le seul trait d'union entre les différents médecins de l'asile, qui ne se retrouvent exactement qu'aux heures de l'apéritif (2).

Croire que les directeurs aient quelque souci de faire l'éducation médicale des jeunes assistants placés sous leurs ordres, c'est se faire une singulière illusion. Sans doute il y a chaque matin une conférence médicale qui réunit les chefs de service. Mais tout se borne à quelque rapport sec et incolore, sur les événements du jour. Dans les visites en commun, le directeur s'arrête auprès de quelques sujets qui l'intéressent ou qui l'amuse : les autres médecins sont libres de l'écouter et de promener sur ses pas leur mortel ennui.

De tout cela il résulte que le recrutement des méde-

(1) La situation est meilleure en France : les médecins adjoints, surtout depuis qu'ils sont nommés au concours, se recrutent presque exclusivement parmi les internes des asiles, qui connaissent les aliénés et sont au courant du service.

(2) Les habitudes alcooliques, dit M. Hoppe, sont très fréquentes parmi les médecins des asiles. Sur vingt-cinq médecins que j'ai vu se succéder à l'asile d'Allenberg, dans l'espace de douze ans, je n'en ai connu que cinq ou six qui ne prissent aucun plaisir aux beuveries quotidiennes. Il ajoute cependant que c'est parmi les médecins des asiles que l'on trouve les *abstinents* les plus fervents. On devine, sans qu'il le dise, que M. Hoppe est un *abstinant*.

cins devient de plus en plus difficile. Les places d'assistant et de stagiaire restent quelquefois vacantes pendant des mois et des années. Survient-il un candidat, on se dépêche de l'agréer, « trop heureux, dit Alt, d'avoir pu en *attraper* un ».

IV

Je me suis efforcé de traduire, aussi exactement que possible, le mémoire, ou plutôt le *réquisitoire* de M. Hoppe : je lui en laisse toute la responsabilité. Je le trouve bien sévère pour un corps médical dont il a fait partie pendant treize ans, et je ne puis croire que tous ses reproches soient absolument fondés. Sans examiner si c'était bien à lui de jeter le discrédit sur d'anciens collègues, je lui ferai observer qu'il n'est guère de troupeau dans lequel on ne puisse trouver une ou plusieurs brebis galeuses ; on ne détruit pas pour cela tout le troupeau. En maintes circonstances, je me suis trouvé en contact avec des médecins aliénistes allemands ; j'ai rencontré en eux des confrères instruits, courtois, pénétrés de leurs devoirs, et, des relations fugitives que j'ai eues avec eux, je n'ai emporté que d'agréables souvenirs et des sentiments d'estime ; je suis persuadé que telle est l'immense majorité.

N'est-ce pas une exagération manifeste, que d'accuser d'habitudes alcooliques des confrères, qui, fatigués du travail de la journée, se donnent une heure de répit, et se délassent en dégustant ensemble quelques pots de bière mousseuse, ou quelque bouteille d'un vin généreux ? Mais, monsieur Hoppe, c'était un des plaisirs du grand Goëthe ! Il est vrai que Goëthe vivait à une époque où l'on n'avait pas songé à faire une vertu de l'*abstinence* totale. La meilleure eau du monde, fût-elle d'Évian, pourrait-elle inspirer la gaieté et chasser les

noirs soucis, aussi facilement qu'un verre de Tokay, ou une coupe de Champagne ?

Si j'ai bien compris l'auteur, il rêverait de faire de chaque asile une petite école de psychiatrie, dont le directeur serait le maître, chargé d'instruire les médecins placés sous ses ordres. Cela me semble une conception tout à fait contestable. Pour l'enseignement, il y a les cliniques dans les Universités ; aux médecins des asiles on ne peut demander qu'une instruction solide, et les vertus professionnelles qui font le praticien consciencieux et appliqué à ses devoirs. Que si, dans un asile, petit ou grand, il se rencontre un médecin animé du feu sacré, il saura tirer parti des ressources que lui offrira son milieu. Quand, en 1862, je suis arrivé à l'asile de Stephansfeld comme interne, j'y trouvai un petit musée anatomo-pathologique rempli de pièces intéressantes, que M. Dagonet avait créé depuis quelques années. Pour cela, il ne lui avait pas fallu ce prosecteur spécial que M. Hoppe veut voir dans chaque asile : il lui avait suffi de se mettre à la besogne et d'y intéresser un de ses internes, aussi laborieux qu'adroit de ses mains (1) ; le petit musée s'était formé pièce par pièce, sans qu'il en coûtât presque rien au budget de la maison.

Pour que les choses aillent mieux, M. Hoppe pense qu'il faudrait un plus grand nombre de fonctionnaires. Non seulement plus de médecins, mais encore des médecins d'un rang plus élevé, sorte de directeurs supérieurs, ayant la haute main sur plusieurs asiles de la même région, devant servir de conseils ou d'arbitres auprès de l'autorité supérieure, dans toutes les questions litigieuses. Ce n'est pas seulement en Allemagne qu'il est des gens qui voient le remède souverain à tous les maux

(1) Le docteur Barth.

dans la création de rouages nouveaux : cela donne des places à quelques privilégiés ; — le contribuable paye, — et tout marche comme devant !

Ah ! si les vœux de notre confrère se réalisaient, quelle vie enviable serait celle des médecins d'asile ! Ils dépendraient directement de l'État, leurs appointements seraient augmentés, ils seraient nommés à vie après un temps d'épreuve de deux à trois ans, ils auraient une retraite assurée ! Et en outre, ils jouiraient de congés réguliers, on leur accorderait des subventions pour faire des voyages d'études, pour assister aux congrès ; ils iraient de temps en temps se retremper et se perfectionner par un séjour dans les Universités... Rêve trop beau, hélas ! pour qu'il ait chance de se réaliser.

En résumé, car il faut que je m'arrête, que résulte-t-il de la longue philippique de M. Hoppe ? Que tout n'est pas parfait en Allemagne ? Nous nous en doutions.

Que la révocation de notre confrère a été une criante iniquité ? Je le crois volontiers.

Mais cependant un doute m'obsède. Tant que M. Hoppe a été en fonctions, il n'a rien dit ; et cependant le mal existait. Il s'est tu, je suppose, par esprit de discipline.

Que si d'aventure, au lieu d'être révoqué, il avait été nommé directeur ? Il y aurait eu, dans les asiles de Prusse, un directeur au moins ne devant rien qu'à son seul mérite. Et je pense qu'alors notre confrère aurait vu les choses sous un autre angle ; il se serait résigné à subir maintes imperfections, en se disant que si, dans son asile « tout n'est pas parfait, tout, au moins, y est supportable ». Voltaire l'avait dit, il y a plus d'un siècle.

J. CHRISTIAN.

Pathologie.

FÉBRICITANTS DÉLIRANTS

PRIS POUR DES ALIÉNÉS

DE LA TEMPÉRATURE DU CORPS DANS QUELQUES MALADIES MENTALES

Par le Dr C. ROUGÉ

Médecin en chef de l'asile d'aliénés de Limoux,
Lauréat de l'Académie de médecine.

Lors du dernier congrès des médecins aliénistes et neurologistes tenu à Limoges (1), après la discussion sur le délire aigu et à propos des délirants aigus envoyés dans les asiles d'aliénés, le vœu suivant a été voté par les membres du congrès : « Il est désirable qu'il soit créé dans les hôpitaux des salles d'isolement pour l'observation des malades délirants ou agités et de ne les transférer dans les asiles d'aliénés qu'après l'aliénation mentale confirmée.

« Il y aurait lieu également d'éviter l'internement dans les asiles d'aliénés de malades atteints de démence organique ou sénile simple, non délirants, et de les admettre et les maintenir à demeure dans les hospices

(1) N. D. L. R. Ce mémoire nous avait été adressé avant le Congrès de Grenoble, août 1902.

d'infirmes et de vieillards, et de préférence dans les colonies familiales où se trouve leur véritable place.

« Il y aurait lieu, enfin, d'organiser dans chaque asile d'aliénés un quartier d'observation où seraient spécialement examinés les malades entrants avant leur admission définitive dans l'asile. »

Laissant de côté le deuxième paragraphe, tout en faisant remarquer avec intention que son but est de parer à l'encombrement des asiles, je ne m'occuperai que du premier et du dernier paragraphes sur lesquels je donnerai mon appréciation à la fin de ce mémoire.

Il est entendu que les dispositions dont il est fait mention dans ce vœu ont trait aux erreurs de diagnostic qui font séquestrer comme aliénés des gens qui ne le sont pas. Mais il est au moins bizarre que ce vœu ait été émis à propos du délire aigu.

Pour ma part, ayant eu l'occasion d'observer quelques cas où de pareilles erreurs avaient été commises, j'ai eu l'idée de rechercher des faits pareils, de les étudier ; et je dois dire que je ne connais aucune observation de délire fébrile affectant la forme de délire aigu vrai qui ait été la cause d'un internement dans un asile d'aliénés.

J'ai cru trouver l'explication de ce fait dans cette remarque faite d'abord, par M. G. Ballet : « que l'on tend à élargir outre mesure le cadre nosologique du délire aigu », remarque appuyée presque aussitôt par M. Brissaud quand il a ajouté : « qu'il existe une tendance exagérée à donner le nom de délires aigus à des affections qui n'ont de commun avec le délire aigu, de Calmeil, que le délire et l'acuité ».

Il me paraît évident que, cette fois encore, c'est par un effet de l'habitude qu'on a confondu le délire aigu avec l'excitation maniaque poussée jusqu'à ses dernières limites.

Il serait oiseux, après le rapport de M. Carrier et la

discussion de ce rapport, de rappeler que le délire aigu est une maladie infectieuse et M. Régis, conséquent avec la définition des maladies mentales donnée par Esquirol, nous paraît être dans le vrai lorsqu'il émet l'avis que ceux qui en sont atteints ne sont pas nécessairement des aliénés et doivent être traités à l'hôpital dans des salles d'isolement au lieu d'être envoyés à l'asile.

J'admets parfaitement que ce sont des prédisposés. Mais on peut en dire autant des délirants précoces de la pneumonie, de la fièvre typhoïde, et des autres maladies aiguës infectieuses, ce qui n'empêche pas qu'on se garde bien — et avec raison — de les enfermer dans un asile. Car ces prédisposés échappent très fréquemment à l'aliénation mentale, de même que beaucoup de prédisposés à la tuberculose ne deviennent jamais tuberculeux.

Quoiqu'il en soit, les séquestrations de malades non aliénés, à la suite d'erreurs de diagnostic, sont assez fréquentes.

Déjà Esquirol (1) faisait remarquer que la distinction des fièvres ataxiques et de la folie, à son début, était un point de pratique très important pour le médecin.

« Outre les cas de folie survenus à la suite des fièvres typhoïdes, il convient, je crois, dit Baillarger (2), de rappeler ceux dans lesquels le délire qui complique la maladie prend un tel développement et revêt de tels caractères qu'il a pu être confondu avec la folie. Il y a longtemps que Georget a signalé ces erreurs de diagnostic. On envoie souvent à la Salpêtrière, comme aliénés, des malades atteints de fièvre typhoïde. »

Marcé (3) et plusieurs autres auteurs constatent aussi

(1) *Des maladies mentales*, 1838, I, p. 73.

(2) Griesinger. *Traité des mal. ment.*, annot. de Baillarger, p. 217.

(3) *Traité prat. des mal. ment.*, p. 302.

que ces erreurs de diagnostic ne sont pas rares. Qu'on ne croie pas, d'ailleurs, qu'elles soient le fait de médecins ignorants. Dans plusieurs des observations que j'ai rapportées, elles ont été commises par des médecins des hôpitaux de Paris, de Nantes, etc., parfois par des aliénistes distingués. Griesinger rapporte même qu'un aliéniste allemand, qui était atteint de fièvre typhoïde, fut envoyé dans un asile, comme aliéné, par un de ses confrères.

Dans leur statistique des malades entrés en 1870 et 1871 au bureau d'admission des aliénés de la Seine, Bouchereau et Magnan ont trouvé, sur 5.717 malades, 8 d'entre eux atteints de délire symptomatique d'une fièvre typhoïde. Je trouve encore dans un rapport médical du D^r Giraud que sur 179 femmes admises, pour la première fois, en 1892, à l'asile de Saint-Yon, l'une d'elles était, à son arrivée, dans un état délirant dû à la fièvre typhoïde.

Ai-je besoin d'insister sur les conséquences regrettables de pareilles erreurs? Une des moindres, peut-être, consiste dans le déplacement qui, suivant la saison, la durée du trajet et les conditions dans lesquelles il est opéré, peut entraîner un refroidissement mortel. C'est ce qui arrive au malade faisant l'objet de l'observation I, lequel mourut d'une pneumonie due, très probablement, dit l'auteur de l'observation, à son transport à l'asile de Quatre-Mares en plein mois de décembre.

Le danger serait encore plus grand s'il s'agissait d'une pneumonie, d'une fièvre éruptive à la période d'invasion. On voudra bien admettre encore que le traitement qui s'adresse à un maniaque, à un mélancolique, diffère sensiblement de celui qui convient à un typhoïdique, à un pneumonique, etc.

Une autre conséquence, au moins aussi fâcheuse que la précédente, sera le discrédit jeté sur le malade par suite de son séjour dans un établissement d'aliénés.

Et cette tare, non justifiée, il la transmettra souvent à sa descendance.

Enfin, il est une dernière conséquence qui, pour être moins importante, n'est pas négligeable. Je veux parler de l'atteinte portée à la considération médicale; car l'erreur du diagnostic comporte avec elle une erreur grossière dans le jugement porté sur les suites de la maladie et peut ainsi compromettre la réputation du médecin.

Toutes les maladies infectieuses peuvent, à la période d'invasion, présenter un délire qui simule l'aliénation mentale. De même, le *delirium tremens*. Le Dr Viallon (1), médecin en chef de l'asile de Bron, à Lyon, a même signalé récemment des cas de délire liés à une rétention d'urine, à un phlegmon des seins, des ligaments larges, à une péritonite purulente et ayant donné lieu à des internements.

L'article de M. Viallon porterait à croire, vu le nombre vraiment extraordinaire d'internements non justifiés à l'asile de Bron, que les certificats d'admission sont établis dans cette région avec la plus grande légèreté; et on s'explique ainsi les paroles aussi justes que sévères de M. le professeur Pierret, médecin en chef de la section des femmes à l'asile de Bron, dans son rapport au conseil général du Rhône en 1899 : « Neuf de mes malades, dit-il, sont mortes en moins de huit jours, trois en moins de quinze jours. C'est encore là une de ces questions qui méritent, au plus haut point, d'attirer l'attention des pouvoirs publics. Une malade délire. Elle a de la fièvre: ce peut être une fièvre typhoïde, une grippe, un état infectieux quelconque; n'importe: elle délire, et c'est assez. Un certificat sur papier timbré, deux ou trois diagnostics, et la malade est envoyée

(1) *L'Echo médical de Lyon*, oct. 1901.

parmi les folles, alors qu'elle n'est pas autre chose qu'une malade délirant au même titre que délire l'enfant atteint de fièvre typhoïde. Guérit-elle? son avenir est compromis. Meurt-elle? sa famille et ses descendants sont désormais des héréditaires, des dégénérés (1) ».

Dans la catégorie des maladies infectieuses, la grippe et la pneumonie comptent parmi celles qui donnent lieu assez fréquemment à des erreurs de ce genre. Mais il n'en est aucune qui, sous ce rapport, atteigne la fièvre typhoïde, aucune dont le délire initial revête aussi bien et aussi fréquemment la physionomie, les caractères d'une aliénation mentale. C'est elle seule que l'on trouvera notée dans les 32 observations que j'ai recueillies et c'est de ces cas que je me propose, dans cet article, de faire une étude approfondie. D'ailleurs, les considérations qui suivront seront, presque toutes, applicables aux autres maladies infectieuses.

I

DU DÉLIRE DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Pour la commodité de l'exposition je distinguerai : 1° La forme commune ; 2° les formes que j'appellerai exceptionnelles.

1° FORME COMMUNE. — La description de ces troubles psychiques se trouve dans tous les auteurs classiques ; mais je n'en connais aucune qui soit aussi complète et aussi attrayante par la forme, comme par l'originalité des idées, que celle qu'en a donné Maurice Raynaud (2).

Aussi ne m'attarderai-je pas à l'exposition de cette

(1) Viallon. *Loc. cit.*

(2) *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 2 nov. 1877.

forme de délire qui est un délire hallucinatoire, forme habituelle du délire fébrile ; d'autant plus que par suite de son apparition tardive (à la période d'état), elle ne peut donner lieu à des erreurs de diagnostic.

Je me contenterai de donner quelques résultats statistiques, qu'on ne trouve pas généralement et qui me paraissent présenter quelque intérêt.

Murchison (1) a constaté que l'intelligence était restée parfaitement nette pendant tout le cours de la maladie dans 34 cas sur 100. Dans ma statistique comprenant 148 cas, c'est 75 fois, soit 50 p. 100.

Voici les relevés faits par Louis (2) : sur 31 sujets dont la maladie fut légère et se termina par la guérison, 3 seulement furent atteints de délire. Le délire apparut chez 38 malades sur 56 dont l'affection fut grave et se termina par la guérison, tandis qu'il se manifesta chez 38 sur les 46 qui moururent.

Sur les 148 cas de fièvre typhoïde que j'ai recueillis dans ma pratique, le délire s'est montré : 6 fois sur 47 cas légers ou d'intensité moyenne, 41 fois sur 71 cas graves terminés par la guérison, et 26 fois sur 30 cas mortels.

L'apparition du délire comporte donc, généralement, un assez fâcheux pronostic.

Le délire offre encore de grandes variétés sous le rapport du début (3), de la durée, de l'intensité, etc.

Généralement, il ne commence pas avant le milieu ou la fin du second septénaire ; même, souvent, il ne se manifeste pas avant la fin de la troisième semaine ; il ne

(1) Murchison. *La fièvre typhoïde*.

(2) Louis. *Recherches anat. path. et thérap. sur la fièvre typhoïde*, 1841.

(3) Quand le début n'est pas brusque, je le fais partir, comme Louis et Griesinger, du jour où sont apparus les premiers symptômes subjectifs, la céphalalgie, la fatigue, les frissons, etc.

dure alors que quelques jours et précède la mort ou la convalescence. Mais il peut éclater dans la première semaine : 9 fois sur 100 (Murchison), 18 fois sur 56 (G. de Mussy) (1). Ce dernier a vu le délire se déclarer dès la première heure d'une invasion brusque chez un de ses enfants. Louis l'a vu débiter le premier jour chez deux sujets âgés de quinze à seize ans et Murchison dit que depuis ses dernières recherches il a vu un nombre considérable de cas dans lesquels le délire aigu était le premier symptôme observé.

Je l'ai vu débiter 3 fois dès le premier jour. Dans les 73 cas de délire typhoïdique que j'ai observés, ce symptôme apparut 23 fois dans le premier septénaire, 26 fois dans le second, 10 fois dans le troisième et 3 fois dans le quatrième. Le début n'a pas été noté dans 4 observations. Je n'ai pas remarqué que l'époque d'apparition ait eu une influence quelconque sur la gravité de la maladie.

La durée est très variable ; elle peut aller de 1 à 10, 15, 20 et même 24 jours, ainsi qu'il ressort des observations de Louis.

Le délire fut généralement moins intense chez les malades de Louis qui guérissent, quoique gravement atteints, que chez ceux qui succombèrent. J'ai fait la même remarque. Le même observateur a constaté aussi que le délire aigu était plus fréquent chez les sujets emportés du huitième au vingtième jour que chez ceux qui succombaient plus tard.

Louis n'a observé qu'un seul cas où le délire portât sur une idée fixe. Il résulte de mes observations que les idées fixes sont bien plus communes dans la période fébrile que ne l'indiquait Louis. Cette contradiction

(1) Noël Guéneau de Mussy. *Clinique médicale*, t. III « Fièvre typhoïde ».

s'explique par la différence des milieux : toutes les observations de Louis ont été prises à l'hôpital ; toutes les miennes, sauf quatre, dans les familles des malades. J'ai observé ces idées fixes au moins 8 fois sur 148 cas ; et, chose curieuse, c'étaient presque toujours des idées de satisfaction relatives à des circonstances heureuses qui étaient survenues dans leur position, soit de fortune, soit d'avancement.

On peut constater le retour momentané de la raison dans les cas de péritonite ou de perforation intestinale. Chez un de mes typhoïdiques qui mourut d'une péritonite et qui délirait constamment depuis plusieurs jours, on remarquait que, lorsque les douleurs revenaient, ses réponses étaient nettes et précises ; au contraire, dès qu'il ne souffrait plus, le désordre des idées reparaisait avec les hallucinations. Griesinger avait déjà fait cette observation : « Il arrive quelquefois, dit-il, que le malade est tiré de sa stupeur par la douleur abdominale, et que les symptômes cérébraux se modèrent en même temps que la péritonite se développe. »

Enfin, pour en finir avec ces données statistiques, j'ajouterai que, d'après mon observation, le délire n'est pas toujours en rapport avec le degré de chaleur du corps, tant par sa fréquence que par son intensité. Généralement, toutefois, ceux qui déliraient présentaient de hautes températures ; mais plusieurs de ceux qui avaient de hautes températures ne déliraient pas.

2° FORMES EXCEPTIONNELLES. — Ces formes insolites du délire typhique doivent être pour nous l'objet d'une étude très attentive. Ce sont elles, en effet, qui, par leur analogie frappante avec le délire vésanique, sont la cause habituelle de ces erreurs de diagnostic dont nous avons vu les conséquences déplorables ; car, généralement, ces cas sont pris pour des cas de folie.

L'étude de ces formes frustes, que leur rareté a fait

plus ou moins négliger, a donc une importance pratique considérable.

Il y a lieu de croire que les cas de fièvre typhoïde simulant l'aliénation mentale sont assez fréquents; mais les observations publiées sont rares. Ce sont toujours les mêmes au nombre de quatre ou cinq qui sont citées. C'est ce qui me décide à rapporter celles que j'ai pu trouver dans les divers recueils scientifiques, soit 32 observations, en y en comprenant 4 qui me sont personnelles. J'ai rigoureusement éliminé toutes celles qui ne contenaient pas des renseignements précis sur l'époque du début et la forme du délire et qui par suite n'étaient pas bien concluantes. J'ai résumé toutes celles qui auraient pris trop de place dans cet article, sans rien omettre de ce qui était essentiel au sujet.

Il ne sera question ici que des délires initiaux, c'est-à-dire de ceux qui surviennent pendant les périodes prodromique et d'invasion, car ce sont les seuls qui peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic. D'ailleurs, passé ces périodes, la maladie ne tarde pas à prendre le type classique.

A. *Période prodromique.*

Dans les cinq premières observations, les troubles intellectuels ont précédé de plusieurs jours l'invasion de la fièvre typhoïde.

OBS. I. — *Délire maniaque.* — Hérité et accès de folie antérieur. Mort au dix-septième jour (1). Renseignements : X..., ancien pharmacien, quarante-cinq ans, accès de manie cinq ans auparavant. Une cousine maternelle aliénée.

Entré à l'asile de Quatre-mares le 14 décembre 1853. Le certificat porte qu'il est atteint de délire aigu depuis le 6 dé-

(1) Dumesnil. *Ann. méd.-psych.*, 1863, p. 28.

cembre. Dès le premier jour de son entrée on soupçonna une fièvre typhoïde. L'autopsie confirma le diagnostic. Les glandes de Peyer étaient à la première période de l'évolution phlegmasique. L'affection n'était donc qu'au dixième ou onzième jour. Les troubles cérébraux avaient précédé tous les symptômes de cinq ou six jours.

OBS. II. — *Lypémanie avec idées hypochondriaques et de persécution. Hallucinations.* — Hérédité. Mort au vingt-cinquième jour (1). M. J..., homme de lettres, trente-et-un ans, sans antécédents alcooliques, est pris, au milieu des apparences de la santé, d'un état de tristesse et de découragement profond;... quatre jours se passent ainsi; quelques préoccupations de nature hypochondriaque se révèlent. Le 27 avril 1864, les idées mélancoliques s'accusent davantage. M. J... prend en horreur l'appartement qu'il habite: il y étouffe; il y est empoisonné, dit-il, par des miasmes; ses aliments sont mal préparés ou salés par des poussières délétères... il veut partir pour la campagne...

Dans la journée du 28, après une nuit sans sommeil, il s'enferme dans sa chambre, devient menaçant, agressif et, vers trois heures du matin, en proie à un accès de terreur provoqué par des hallucinations, il s'arme d'une canne à épée, s'élance dans la rue, et se dirige vers un poste de sergents de ville à qui il réclame aide et protection.

Le 29, à 6 heures du matin, M. J... est amené dans la maison de MM. Mesnet et Motet. Ces messieurs constatent, dès l'entrée, l'existence de nombreuses préoccupations délirantes, presque toutes des idées de persécution, auxquelles se joignent des conceptions délirantes de nature hypochondriaque. M. J... se croit en butte à un système de machinations perfides. On veut le tuer. On lui envoie des émanations fétides dans son appartement. Tout le monde le trompe. Il est perdu... Hallucinations de l'ouïe.

Le 1^{er} mai, le diagnostic de fièvre typhoïde est certain. Le 17, pneumonie; mort le 21. Nous avons appris, dit M. Motet, qu'un oncle de ce jeune homme était mort à trente ans, à peu près de la même maladie.

OBS. III. — *Lypémanie avec agitation intense et hallucinations.* — Pas d'hérédité. Guérison (2). La fille C..., trente-

(1) Motet. *Gaz. des hôp.*, 1866, n° 36.

(2) Gerbier. *Essai sur le diag. diff. de l'al. ment. et de la fièvre typhoïde. Thèse de Paris 1877.*

trois ans, lingère. Caractère irritable; violent; pas d'aliénés dans la famille, n'a pas eu ses règles depuis deux mois. Entrée à l'asile Saint-Jacques, à Nantes, le 21 février, avec le certificat : « Atteinte de manie caractérisée par un délire furieux, de l'incohérence dans les idées, des hallucinations de l'ouïe et de la vue. » Depuis longtemps elle était triste et en proie à des craintes imaginaires. Cinq jours avant son entrée, elle est prise d'un accès de délire intense dans lequel elle se croit perdue; elle voit des assassins; on veut la tuer. Le 24, signes certains de fièvre typhoïde. Guérison.

OBS. IV. — *Delirium tremens* (Excès alcooliques. Guérison). Gerbier cite encore une observation de Thore (Voir *Ann. méd. psych.*, 1865), dans laquelle les troubles cérébraux dus à l'intoxication alcoolique précédèrent de sept jours les symptômes irrécusables d'une fièvre typhoïde qui suivit une marche régulière accompagnée de délire tranquille.

OBS. V. — *Manie aiguë* (Hérédité). Mort au vingt et unième jour (1). Marandon de Montyel rapporte l'observation d'une femme ayant dépassé la trentaine, qui appartenait à une famille d'aliénés et avait toujours eu une conduite régulière. Après quelques jours d'excitation, elle fut prise d'une vraie dipsomanie qui nécessita son internement à l'asile de Marseille. Durant les premiers jours qui suivirent son entrée elle présenta les symptômes de la manie aiguë. Ce n'est que douze jours après le début de cet état que la fièvre typhoïde fut reconnue.

Les cinq observations qui vont suivre sont toutes relatives à des cas de fièvre typhoïde dans lesquels les troubles vésaniques ont immédiatement précédé l'apparition des symptômes habituels de la dothiéntérie. Les quatre premières sont empruntées à Gerbier. Dans toutes, il y a eu erreur de diagnostic, et envoi des malades dans un asile d'aliénés.

OBS. VI. — *Lypémanie avec agitation. Hallucinations* (Pas d'hérédité). Mort au huitième jour. Femme D..., vingt-huit

(1) De la fièvre typhoïde dans ses rapports avec la folie, *Ann. méd.-psych.*, 1883.

ans. Entre à l'asile Saint-Jacques, le 2 décembre 1876, avec le diagnostic : Manie aiguë. Quatre jours avant son entrée à l'asile, symptômes de lypémanie anxieuse : elle a des scrupules religieux ; elle croit qu'elle mérite une punition du ciel, les peines de l'enfer. Elle est condamnée. Elle a des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Dieu lui fait des reproches. Elle voit le diable. Le délire augmente d'intensité ; elle crie, vocifère ; ses mouvements sont violents, impétueux. Cet accès détermine son envoi à l'asile. Le lendemain, la fièvre typhoïde était constatée. Elle succomba le 6 décembre.

OBS. VII. — *Délire des persécutions. Agitation.* Mort au neuvième jour. B..., trente-six ans, huissier. Hérédité. Pas d'habitudes alcooliques. M. B..., ayant eu un procès qui lui avait occasionné quelques ennuis, était devenu triste. Il s'était cru persécuté. Il parlait sans cesse de ses ennemis.

Trois jours avant son entrée ses craintes ont augmenté. Il se croit condamné à mort. Il voit le bourreau qui l'attend avec tout son attirail. Si ceux qui l'entourent ne se sauvent pas, ils vont aussi subir la peine capitale. Pour éviter les horreurs du supplice, il demande un revolver afin d'en finir plus vite... Le malade meurt de la fièvre typhoïde huit jours après son entrée à l'asile.

OBS. VIII. — *Lypémanie avec agitation maniaque. Hallucinations* (Hérédité, guérison). H..., trente ans. Deux tantes maternelles aliénées. Excès d'aucun genre. Début sans prodromes huit jours avant son entrée à l'asile, par une agitation maniaque qui va s'aggravant et se complique d'idées de persécution.

La fièvre typhoïde est reconnue dès son entrée à l'asile. Convalescence longue.

OBS. IX. — *Accès de manie aiguë précédé d'idées tristes. Hallucinations.* Accès de folie antérieur. Mort au vingt-quatrième jour. Le nommé S..., quarante-trois ans. Quelques excès alcooliques. Pas d'aliénés dans sa famille ; mais a fait, il y a quelques années, un séjour de six mois à l'asile Saint-Jacques. Depuis cette époque, rien d'anormal au point de vue mental jusqu'au 26 octobre. Ce jour-là, à la suite d'une querelle avec son frère, il devient triste et cherche à s'isoler. Le 27, accès de fureur : il chante, crie, entre dans une église, et va frapper le prêtre. Délire incohérent. Entre le 30 à l'asile. Le diagnostic d'admission porte qu'il est atteint de manie aiguë. Deux jours après, le diagnostic de fièvre typhoïde est confirmé.

Obs. X. — *Hallucinations*. Barié (1) rapporte qu'un homme âgé de quarante-neuf ans, ouvrier dans une usine métallurgique, accuse un jour son contre-maître d'avoir bouleversé son travail pendant la nuit; il se rend à plusieurs reprises dans son atelier pour vérifier ses comptes. Le lendemain, il a de la céphalalgie, une épistaxis, s'alite, et commence une fièvre typhoïde.

B. — Période d'invasion.

Obs. XI. — *Hallucinations* (2). Mort. L'auteur de l'Observateur chrétien, cité par Abercrombie, rapporte qu'un fermier en revenant du marché fut très affecté à la vue d'une lumière brillante fort extraordinaire qu'il aperçut sur la route et au milieu de laquelle se trouvait notre Seigneur-Jésus-Christ. Saisi de frayeur, il éperonna son cheval, galopa vers la maison, et fut agité toute la soirée. Les symptômes de fièvre typhoïde, qui régnait dans le voisinage, se déclarèrent et il mourut au bout de dix jours. On eut la certitude que, le matin du jour de la prétendue vision, ce fermier, avant de quitter la maison, s'était plaint d'un fort mal de tête et d'une grande lassitude; il n'est point douteux que l'hallucination ne fût liée à la fièvre.

Obs. XII. — *Hallucinations* (3). Un homme alla trouver le commissaire de police de son quartier, lui racontant fort tranquillement qu'il avait tué sa femme et venait se constituer prisonnier. Le commissaire l'arrêta, ouvrit une enquête, et reconnut aussitôt que la femme était parfaitement vivante. Croyant avoir affaire à un fou, il fit transporter notre homme à l'hôpital où il passa par toutes les périodes d'une fièvre typhoïde.

Obs. XIII. — *Lypémanie avec agitation maniaque* (4). Mort au dix-huitième jour. Demoiselle X..., vingt-trois ans. Chagrins antérieurs. La maladie débuta le 18 janvier 1841. Pendant trois ou quatre jours, céphalalgie frontale, très grande faiblesse, sorte de stupeur, parole très lente, réponses difficiles, insomnie, pas de délire, pas d'épistaxis. Le quatrième jour

(1) Saisset. *Thèse de Paris*, 1895, p. 16.

(2) Brierre de Boismont. *Des hallucinations*, p. 235.

(3) Maurice Raynaud. *Loc. cit.*

(4) Baillarger. *Ann. méd.-psych.*, 1845; et *Gaz. des hôp.*, 1866, n° 36.

après le début, apparition d'un délire lypémaniaque : la malade dit qu'elle va mourir, qu'elle a déshonoré sa famille, s'accuse d'avoir volé. Insomnie, agitation, cris ; a cherché à se jeter par la fenêtre ; hallucinations de l'odorat. Entrée à la maison Dubois, le 28 janvier ; elle en sort pour être conduite à la Salpêtrière. Morte le 6 février.

OBS. XIV. — *Signes de paralysie générale* (Guérison). Il y a peu de temps, dit Griesinger (*Loc. cit.*), on m'envoya à l'hôpital, comme aliéné, un jeune homme qui divaguait depuis quelques jours et qui, la nuit précédente, se sauvant de sa chambre par la fenêtre, s'en était allé à son comptoir fort éloigné de sa demeure. L'incertitude extrême de la marche, l'incohérence complète, l'hésitation de la parole, une inégalité considérable des pupilles faisaient penser, en l'absence de tout renseignement, à un développement brusque d'une maladie mentale avec paralysie. Toutefois, la peau très chaude et sèche, le pouls fréquent, plein, mou, me firent aussitôt soupçonner une fièvre typhoïde. Dès que le malade fut au lit, ce diagnostic put être établi d'une manière certaine. La fièvre typhoïde fut grave, de longue durée, et se termina par la guérison.

Les quatre observations de fièvre typhoïde, avec autopsie, qui suivent, sont empruntées à la thèse de Barbelet (1) ; elles lui ont été communiquées par Magnan.

OBS. XV. — *Mélancolie anxieuse. Alcoolisme* (Mort). Charles R..., typographe, est entré à l'asile Sainte-Anne, le 9 septembre 1869. Ce malade vient de la préfecture de police ; il est accompagné des renseignements suivants : Alcoolisme, mélancolie anxieuse, terreurs imaginaires, insomnie. A son entrée, délire incohérent, hébétude. T. 40°6. Décédé le 12 septembre.

OBS. XVI. — *Etat de subdelirium avec quelques idées mélancoliques* (Mort). M..., domestique, âgée de vingt-sept ans. Entre à Sainte-Anne le 4 août 1870, venant de l'hôpital Lariboisière. Le jour de son entrée, état de subdelirium avec quelques idées mélancoliques. T. 41°4. Décédée le 8 août.

OBS. XVII. — *Délire lypémaniaque avec agitation* (Mort). Amélie B... Entrée à Sainte-Anne le 13 octobre 1873, après

(1) Barbelet. *Thèse de Paris*, 1874.

avoir été conduite à l'hôpital Cochin où elle a été refusée. La maladie a débuté il y a sept jours. Durant les derniers jours qui ont précédé son entrée, elle a de l'excitation, des idées de persécution, des frayeurs, des hallucinations; elle dit qu'elle entend la Sainte-Vierge.

A son entrée, la malade a de la fièvre et présente un léger état maniaque, avec des idées mélancoliques. Le 15 octobre, T. 40°4. Décédée le lendemain.

Obs. XVIII. — *Délire maniaque* (Mort au septième jour). Jules L..., journalier, vingt-cinq ans. Entre à Sainte-Anne, le 1^{er} août 1870. Pas d'hérédité. Quelques excès alcooliques. Il avait été arrêté, la nuit précédente, dans la rue, demi nu, faisant des extravagances. A son entrée, obtusion intellectuelle. T. 40 degrés. Décédé le 6 août.

Obs. XIX. — *Délire hypémaniaque avec agitation*. Pas d'hérédité. Guérison (1). La nommée B..., trente-deux ans, célibataire. Entrée le 4 avril 1877 à l'asile Saint-Jacques, venant de l'Hôtel-Dieu de Nantes, où elle était depuis le 1^{er} avril pour un embarras gastrique. Dans la nuit du 2 au 3, début brusque d'un délire intense: elle crie, vocifère, etc... Son délire est partiel dans une agitation extrême: elle parle de l'enfer et du diable, elle se croit damnée... L'incertitude du diagnostic ne cessa que le 7. La fièvre typhoïde fut légère. Guérison.

Obs. XX. — *Délire maniaque aigu*. Murchison (*loc. cit.*), rapporte l'observation d'un Allemand, âgé de quarante ans, très excité par la guerre franco-allemande, qui, après quatre jours d'un léger malaise, passa subitement dans un état de délire maniaque aigu qui obligea à prendre deux hommes pour le maintenir au lit. La maladie fut prise pour une manie. Un gramme d'hydrate de chloral fut prescrit toutes les deux heures. Après la troisième dose, il dormit, et le lendemain il était tranquille; mais la fièvre continua.

Obs. XXI et XXII. — Murchison ajoute qu'il fut appelé dans deux cas semblables au précédent. La maladie avait été d'abord regardée comme une manie aiguë, et les malades avaient été envoyés dans un asile d'aliénés.

Obs. XXIII. — *Délire hypémaniaque* (Mort). (Maurice Raynaud. *Loc. cit.*). La nommée W... présente dès le lende-

(1) Gerbier. *Loc. cit.*

main de son entrée à Lariboisière un délire systématisé de nature lypémanique. Le premier jour, elle dit avoir été accusée, dans le quartier qu'elle habite, d'être enceinte, et cela des œuvres d'un homme marié; elle repousse du reste avec énergie cette imputation qu'elle traite de calomnie. Mais le lendemain, à force d'être obsédée par cette idée, elle reconnaît que les accusations dirigées contre elle sont vraies; elle avoue qu'elle est une grande misérable, une infâme; elle est perdue, indigne de vivre, etc. Décédée.

Chez cette malade, la température jusqu'à la veille de sa mort oscilla autour de 38 degrés. Aussi, le diagnostic de fièvre typhoïde, malheureusement vérifié à l'autopsie, n'avait pu être porté que d'une façon probable.

OBS. XXIV. — *Délire maniaque aigu* (Mort). (Lacanal. *Ann. méd. psych.*, 1843.) La nommée Félicité D..., vingt-trois ans, est entrée le 6 décembre 1822 à la Salpêtrière, venant de Lourcine. Cette femme est arrivée à l'hospice avec la camisole de force, et on a été obligé de la lui laisser à cause de son agitation. Elle a crié beaucoup dans la nuit, etc.

Cette observation, souvent citée, manque de beaucoup de détails importants, notamment sur l'époque du début du délire. Elle est encore un exemple d'erreur de diagnostic, puisqu'on trouva à l'autopsie les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde.

OBS. XXV. — *Hallucinations* (Mort au quatorzième jour). Thore (*Ann. méd. psych.*, 1852), a soigné un homme, âgé de trente-six ans, qui, vers le huitième ou le dixième jour d'une fièvre typhoïde survenue à la suite de fort tristes préoccupations, eut de continuelles hallucinations de la vue et de l'ouïe: « Il voit aux pieds de son lit des spectres et des individus, avec lesquels il tient une conversation continue; il entend des voix qui l'appellent, il leur répond; vers le matin, toutes ces visions s'évanouissent, il est fort calme, triste, mais répond très nettement aux questions qu'on lui fait... » Décédé six jours après.

OBS. XXVI. — *Delirium tremens* (Mort au vingt-huitième

jour). Thore (*Ann. méd. psych.*, 1865), rapporte encore l'observation suivante d'un homme âgé de vingt six ans, alcoolique, ayant déjà eu plusieurs accès de delirium tremens, qui, après quatre jours d'une céphalalgie violente et sans fièvre, eut des hallucinations de la vue et de l'ouïe... « Il voit des camarades qui viennent le chercher, tantôt pour aller travailler, tantôt pour aller boire ; il leur parle, joue aux cartes sur son lit ; il voit des animaux, des serpents, etc. » Trois ou quatre jours après, les hallucinations avaient disparu pour faire place à la stupeur et aux autres symptômes d'une fièvre typhoïde qui l'emporta.

OBS. XXVII. — *Hallucinations* (Mort au quarante-septième jour) (1). A... Augustine, trente-huit ans. Pas d'antécédents névropathiques. Début de la fièvre typhoïde le 2 juin 1891. Entrée à l'hôpital le 8. T. 40 degrés. Le lendemain, la température descend à 38°5 et, deux jours après, apparition d'un délire consistant en hallucinations de la vue et de l'ouïe, très nettes. Le 12, en plus, surviennent des hallucinations de l'odorat. Décès le 30 juin. Autopsie : Lésions des plaques de Peyer. Phlegmon de la fosse iliaque droite, etc.

OBS. XXVIII. — *Manie aiguë avec hallucinations* (2). X..., âgée de vingt-six ans, célibataire, couturière. Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels. Bonne santé habituelle. Bien réglée. Entre à l'asile le 21 août 1891, avec le certificat suivant : « Manie aiguë avec hallucinations ; fonds d'hystérie et tentatives de suicide ». Ses parents racontent que le mardi, 13 août, la malade a eu une indigestion ; puis, les jours suivants, elle s'est affaiblie progressivement ; elle a pris de la fièvre et du délire. C'est alors qu'elle a cherché à se jeter par la fenêtre, a bu de l'eau sédative, et peut-être de l'ammoniaque. On se décide à l'interner. Le 21, au soir, T. 38°5 ; P. 120. Albumine dans les urines, etc. La température s'élève les jours suivants et varie de 39 degrés à 40 degrés. 10 septembre, température normale. 17 septembre, la malade est complètement guérie aussi bien au point de vue somatique qu'au point de vue mental.

OBS. XXIX. — *Accès de manie aiguë* (Personnelle). Guérison. M^{me} X..., vingt-huit ans. Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels. Au cinquième ou sixième jour d'une fièvre

(1) Chavigny. Du délire fébrile. *Thèse de Lyon*, 1892, p. 93.

(2) Vialon. *Loc. cit.*

typhoïde qui avait débuté brusquement, elle fut prise par des idées hypochondriaques, des craintes exagérées ; elle se croyait perdue, se désolait sur le sort de ses enfants, etc. Son caractère changea totalement : elle ne put voir ni sa mère, ni son mari, et plus tard son père, sans les accabler des injures les plus grossières. Elle ressentait une grande chaleur intérieure et ne demandait qu'à prendre des lavements frais, des bains. Pour la contenter, on la laissait barbotter continuellement dans l'eau.

Bientôt son délire devenait violent et se généralisait : elle était la Sainte Vierge et pouvait guérir tout le monde, etc. Coloration du visage, fréquence du pouls, cris, vociférations, menaces. Elle ne veut ni manger ni boire, parce qu'on veut l'empoisonner ; elle a frappé violemment ses parents et son entourage, et enfin, dans un accès de fureur, elle se précipite du haut d'un deuxième étage dans la rue. Admise à l'asile de Limoux au treizième jour de sa maladie, elle continua de présenter les mêmes symptômes avec une fièvre intense pendant quelques jours. Mais bientôt, on constate une amélioration sensible ; elle est plus calme, plus lucide, tout en conservant quelques-unes de ses idées délirantes, une fièvre toujours intense et une grande prostration. Elle sortait vingt six jours après son entrée à l'asile complètement guérie de sa fièvre et de son délire. Il y a vingt-cinq ans de cela, et depuis lors on n'a pas observé le moindre trouble intellectuel.

Obs. XXX. — *Lypémanie. Tentative de suicide* (Personnelle). Guérison. Le nommé B..., trente ans, domestique. Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels. Il souffrait de la tête depuis six ou huit jours lorsqu'il fut obligé de s'aliter. Le lendemain, il se leva pour partir ; il était, m'a raconté sa femme, dans un état d'anxiété qui le poussait, depuis quelques jours, à rentrer dans sa famille assez éloignée du lieu de sa résidence. Elle avait remarqué aussi qu'il était un peu hébété. Elle croit que l'idée du suicide serait venue à son mari pendant qu'il cherchait ses vêtements dans une armoire où se trouvait son revolver. B... enleva alors un battant de l'armoire et s'enfuit dans les champs où il se tira un coup de revolver qui heureusement ne fit qu'effleurer le menton. Quelques jours après on le transportait dans son village où je le vis et constatai un état fébrile ainsi que les autres symptômes d'une dothiéntérie qui dura deux mois et se termina par la guérison. Pendant tout ce temps, B... eut toute sa lucidité d'esprit ; mais le jour de ma première visite, je n'ai pu tirer de lui, ni de ses parents, le

moindre renseignement sur l'origine de cette blessure, tellement ils étaient honteux de cet acte.

OBS. XXXI. — *Accès de manie aiguë*. Mort (Personnelle). La nommée C..., trente-deux ans, se sentait fatiguée depuis une quinzaine de jours lorsqu'elle s'alita dans la soirée du 23 août 1891. Elle commença à délirer le 27 au soir et ne discontinua pas de toute la nuit. Le 28 au matin, quand son médecin arriva, elle se cacha sous les couvertures et ne voulut pas le voir. Me trouvant dans la localité, j'eus ainsi l'occasion de la voir le soir même : Délire maniaque des mieux caractérisés, se manifestant par une loquacité intarissable, la plus grande incohérence dans les propos et par des illusions : elle me prit tout le temps, pour son père mort depuis longtemps ; elle me tint continuellement la main dans la sienne et me parla comme si j'étais son père. Le pouls était un peu fréquent, la peau ne paraissait pas chaude. Je crus à un accès de manie. Le 29, je la vois à la même heure. Elle me reconnaît parfaitement, me rappelle que la veille elle me prenait pour son père, qu'elle me tenait la main droite, etc. Je lui trouve la peau brûlante. T. 39°8, P. 96 ; les autres symptômes concordent pour me faire affirmer l'existence d'une fièvre typhoïde et empêcher son transport à l'asile d'aliénés. Le 30, l'agitation maniaque revint dans la soirée. Elle voyait des personnages masqués qui venaient pour l'empoisonner. Elle se jeta sur son mari sans le reconnaître et lui mit la chemise en lambeaux ; elle en tenait une partie dans la bouche et la mâchait continuellement. Elle se disait sainte, etc. 120 pulsations ; impossible de prendre la température, n'ayant personne pour la contenir.

Il me fut impossible de revoir cette femme ; mais j'ai appris, plus tard, qu'elle était morte deux ou trois jours après ma dernière visite et que sa fille, âgée de dix ans, atteinte de fièvre typhoïde peu de jours après la mort de sa mère, avait aussi succombé à cette maladie. Je n'ai pu me renseigner sur les antécédents héréditaires et personnels de cette femme.

OBS. XXXII. — *Accès de manie aiguë* (Personnelle) (Mort). M^{me} S..., quarante-deux ans, institutrice. Entrée le 12 août 1898 à l'asile de Limoux. Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels ; caractère très irritable. Depuis longtemps, elle était tourmentée par la crainte d'être déplacée, d'être mal notée ; elle se croyait en butte à des persécutions. La maladie a débuté le 8 août. Pendant la semaine qui a précédé, M^{me} S... était sans forces, sans appétit. Pas de céphalalgie.

Je la vois le matin de son arrivée à l'asile. Elle est sous l'influence d'un délire violent, à forme manifestement maniaque: agitation incessante, loquacité intarissable, propos incohérents, crie très fort; tantôt elle prononce des mots grossiers et tantôt elle châtie son langage pour paraître instruite et bien élevée; refus des aliments. La peau est chaude. T. 38°4, 110 pulsations. Néanmoins, je porte-le diagnostic de manie aiguë. Mais, mis en éveil par cette élévation de température, je fais prendre celle-ci matin et soir. Le 13, au matin 37°9, 120 pulsations. Le soir, 37°9 encore. Le 14 au matin, 38 degrés; le soir, 38°6. A partir de ce jour, la température a augmenté et a oscillé entre 39 degrés et 40 degrés, le délire ayant toujours le même caractère; agitation violente, insomnie, refus des aliments liquides et des boissons. Pas de crachottement.

Le 17 seulement, le diagnostic de fièvre typhoïde est confirmé, et la malade meurt le 23, ayant présenté tous les caractères de cette maladie. Durant les trois derniers jours de sa vie, le délire avait perdu le caractère maniaque pour prendre le caractère franchement typhoïde.

Je vais essayer maintenant, en utilisant ces 32 observations, d'esquisser une description sommaire des délires initiaux de la fièvre typhoïde.

Sexe. — Sur 30 sujets dont nous avons connu le sexe, il y avait 14 femmes et 16 hommes. Il est vrai que sur ce nombre d'hommes, il y en avait 4 chez lesquels l'alcoolisme avait joué le rôle de cause prédisposante. On peut donc avancer qu'à part l'influence de l'alcool, les autres causes agissent à peu près autant sur la femme que sur l'homme pour provoquer des désordres intellectuels au début de la fièvre typhoïde.

Age. — La moyenne des âges connus est de 33 ans; les limites extrêmes, 23 et 45 ans.

Hérédité, Alcoolisme. — Les 17 sujets sur lesquels j'ai pu avoir des renseignements au point de vue des antécédents, se divisent ainsi: — 4 héréditaires — 1 sujet ayant déjà eu un accès de folie, — 4 alcooliques, et 8 chez lesquels on n'a trouvé aucune cause appréciable.

Il est à noter que dans les cinq premières observations relatives à des cas où les troubles intellectuels ont précédé de plusieurs jours les manifestations typhiques, l'hérédité est notée 3 fois, les excès alcooliques 1 fois, et l'absence de tout antécédent 1 fois. Les 3 héréditaires ont succombé.

Il résulterait de ce qui précède que l'hérédité joue un rôle prépondérant sur l'éclosion et la terminaison funeste des *délires initiaux* à la période prodromique de la fièvre typhoïde.

Dans son mémoire, M. Marandon de Montyel s'exprime ainsi : « En dehors de toute prédisposition vésanique, les *délires initiaux* de la fièvre typhoïde sont bénins et n'existent qu'à l'état d'ébauche. » Je ferai remarquer que mes observations ne concordent pas avec ces idées, puisque dans les 8 cas sans traces de prédisposition il y eut 3 décès et le délire était si peu à l'état d'ébauche que dans 7 cas l'internement dans un asile d'aliénés fut reconnu nécessaire.

L'influence de l'alcoolisme a été aussi funeste que celle de l'hérédité, 3 cas de mort sur 4.

Mortalité. — Elle est effrayante. Sur 27 sujets dont la terminaison de la maladie est mentionnée, nous trouvons 19 décès, soit 70 p. 100, alors que dans les cas ordinaires, la mortalité est de 8 à 15 p. 100. Il est encore à remarquer que la mort arrive généralement à courte échéance, en moyenne, dans mes observations, 15 jours après le début ; durée maximum, 28 jours ; durée minimum, 10 jours.

D'après Kraepelin (1), les cas de folie survenant pendant toute la durée de la période fébrile seraient suivis de mort, au moins dans un quart des cas. Sur les 73 cas de fièvre typhoïde avec délire que j'ai observés, j'ai en

(1) Régis. *Manuel prat. de méd. ment.*, 1892, p. 383.

26 décès, soit un peu plus de 35 p. 100. Il est des cas, cependant, où le délire initial n'a pas le caractère de gravité que je viens d'indiquer. Les hystériques (1) et les personnes très impressionnables, qui délirent très facilement, peuvent présenter, au début de la dothiéntérie, des symptômes nerveux violents qui donnent à la maladie une fausse apparence de gravité.

Formes du délire. — Sur 32 cas, nous en trouvons 23 avec agitation, ces derniers revêtant la forme de manie aiguë ou de lypémanie anxieuse. Dans beaucoup de ces observations, l'agitation a été précédée par une stade de mélancolie, absolument comme dans la véritable manie. Nous trouvons encore 5 cas d'hallucinations, comme dans la folie, deux de délire lypémaniaque bien systématisé, l'un avec idées de persécution, l'autre avec idées et tentative de suicide; 1 cas affectant la forme de paralysie générale, et 1 cas de délire calme (subdelirium), affectant plutôt la forme du délire habituel de la fièvre typhoïde.

Toutes ces formes de délire sauf la dernière avaient le caractère franchement *vésanique*. J'ai dû résumer plusieurs de ces observations; mais on peut s'assurer de ce que j'avance par la lecture complète de ces observations dans les recueils que j'ai cités.

Pour ma part, je m'y suis pris deux fois et j'avoue sans honte mon erreur, me trouvant sous ce rapport en très honorable compagnie, MM. Motet et Marandon de Montyel, aliénistes et plusieurs médecins des hôpitaux de Paris et de la province. La première erreur que je ne puis encore me rappeler sans éprouver un sentiment de tristesse, et qui fut partagée d'ailleurs par deux estimables confrères, remonte à plus de vingt-cinq ans. Je

(1) N.-G. de Mussy. *Loc. cit.*, p. 428.

ne me doutais pas, alors, que le délire typhique prenait, parfois, le caractère vésanique. La deuxième a trait au sujet de l'obs. XXXI. Je m'y trompai le premier jour ; mais le lendemain, je rectifiais mon erreur et empêchais l'internement de la malade.

(A suivre).

SUICIDE ET FOLIE

Par le Dr VIALLON

Médecin en chef de l'asile de Bron.

Suite (1).

§ VI. *Le suicide dans le délire des persécutions.* — De nombreuses controverses se sont élevées, ces dernières années surtout, touchant la fréquence du suicide chez les persécutés systématisés.

Parmi les différents auteurs qui ont étudié cette question, la plupart admettent que les persécutés se suicident quelquefois. C'est ainsi que Lasègue signale une tentative de suicide chez un de ces malades (Obs. XII); Dagron (2), de son côté, publie une observation semblable; Legrand du Saulle (3), Voisin (4); Christian (5), Ritti (6), Gilbert Ballet, (7) etc., montrent que le suicide peut se rencontrer chez les persécutés, tout en reconnaissant que le délire de persécution est de

(1) Voir les *Annales* de juillet-août, septembre-octobre, novembre-décembre 1901; de janvier-février, mars-avril, mai-juin, septembre-octobre et novembre-décembre 1902; de janvier-février 1903.

(2) Dagron. *Archives cliniques des maladies mentales*, 1871.

(3) Legrand du Saulle. *Délire des persécutions*, 1871.

(4) Voisin. *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, p. 179.

(5) Christian. Étude sur la mélancolie, 1876, « Du suicide dans le délire de persécution » (*Ann. méd. psych.*, 1887, p. 187).

(6) Ritti. Article « Délire des persécutions » in *Dict. encycl. d. sc. médicales*.

(7) Gilbert Ballet. *Traité de médecine* Charcot, Bouchard et Brissaud, 1891, t. VI, p. 1141.

toutes les formes de mélancolie celle où il est le moins fréquent. D'autre part, Régis (1) admet que le suicide est exceptionnel chez les délirants systématisés. Il inspire la thèse de Meilhon (2), lequel déclare que « d'une façon générale les malades atteints de folie des persécutions ne se suicident pas ».

Quant à nous, qui n'apportons, comme contingent de faits, que quelques observations, nous pensons que le suicide se rencontre plus souvent qu'on ne le croit dans le délire de la persécution; mais nous croyons aussi qu'il se manifeste de préférence chez une certaine catégorie de persécutés, chez ceux qui sont entachés d'hérédité vésanique ou de dégénérescence mentale, chez ceux qui ont commis ou qui commettent encore des excès alcooliques. Lorsque l'hérédité vésanique, la dégénérescence mentale ou l'alcoolisme apportent leur appoint au délire, on peut s'attendre à des actes qui ne sont point habituels.

L'influence de l'alcoolisme est incontestable; les excès de boisson, en pervertissant le jugement et la volonté, poussent les persécutés aux actes de violence, à l'homicide et au suicide. Ces cas sont assez fréquents. Les faits divers des journaux en fourmillent, et, dans les recueils spéciaux, surtout dans les *Annales médico-psychologiques*, on pourrait en faire une ample moisson.

Il faut faire intervenir dans la plus large mesure le caractère du malade, ses réactions émotives, son genre d'éducation, ses idées philosophiques et religieuses, etc. Un homme d'une honorabilité éprouvée s'entend accuser pendant longtemps de détournements, d'actions infâmes; tout son être se révolte, et, devant la persis-

(1) Régis. *Manuel pratique des maladies mentales*, 1892, p. 197.

(2) Meilhon. Du suicide dans le délire des persécutions, *Th. de Bordeaux*, 1886, p. 45.

tance des accusations qui le déshonorent, il ne trouve que la mort pour refuge. Tel autre, un peu faible d'esprit, timide, sachant que ses persécuteurs disposent contre lui de forces occultes (électricité, téléphone, magnétisme) contre lesquelles il ne peut lutter, se laisse aller à des tentatives de suicide. Le dégénéré qui verse dans le délire des persécutions y apporte sa note personnelle : il peut manifester des tendances obsédantes ou impulsives au suicide.

L'état physique du persécuté doit, dans certains cas, être mis aussi en ligne de compte ; c'est ainsi que chez un de nos malades les idées de suicide ont coïncidé deux fois avec de l'embarras gastrique fébrile ; ce malade était alors dans un état de dépression mélancolique temporaire et se laissait aller à des actes de désespoir.

Notons enfin une cause importante de suicide ; nous voulons parler de l'internement. Certains délirants systématisés, se voyant séquestrés, subissent de ce fait une recrudescence marquée de leur délire ; ils se croient pour toujours victimes de leurs persécuteurs, adressent d'incessantes demandes de sortie aux autorités, mais se désespèrent parfois devant l'inutilité de leurs réclamations.

Chez quelques-uns la tentative de suicide a lieu au moment même où ils sont appréhendés pour être conduits à l'asile. Redoutant toujours quelques machinations infâmes, le persécuté se voit tout à coup entraîné malgré lui ; il ne sait ce qu'on lui veut, a de justes raisons pour penser que ses ennemis s'emparent de lui dans le but de le torturer, et, dans cet état d'esprit, peut se livrer à des tentatives de suicide.

Obs. LXXIV. — Un malade, âgé de trente-cinq ans, ayant plusieurs aliénés dans sa famille et présentant des stigmates physiques de dégénérescence, est atteint de délire systématisé. Possesseur d'un petit coin de terre, il cherche à

l'étendre au détriment de ses voisins, il prétend qu'il a été lésé par suite d'un bornage mal fait, accuse ses voisins et le maire de la commune de lui en vouloir, de lui dire des sottises, de chercher à le dépouiller de son avoir. Il a été conduit à l'asile à la suite de réclamations qu'il avait adressées au parquet. Il est assez docile pendant six mois, réclame de temps à autre sa sortie qui lui est promise à la condition qu'il s'occuperait. Il travaille avec zèle; mais, au terme fixé, il renouvelle sa demande, et, n'obtenant pas de réponse favorable, il dit qu'il voit bien que tout le monde s'entend pour lui faire des misères, mais qu'il en a assez de la vie et qu'il va se laisser mourir de faim puisque personne ne veut lui rendre justice. Il refuse en effet les aliments et est nourri à la sonde pendant plus de deux semaines. Il se remet à manger par suite de la promesse qu'on lui fait de s'occuper de lui. Il travaille de nouveau pendant deux mois, et, entre temps, adresse une demande de sortie au procureur de la République. Ce dernier l'interroge, mais le maintient à l'asile; aussitôt, nouveau refus des aliments.

OBS. LXXV. — Un autre malade réclame vivement sa sortie, s'excite, dit qu'il préfère une mort immédiate à la privation de la liberté, et, dans certains moments d'exaltation, demande à ce qu'on le tue, à ce qu'on lui donne un revolver pour qu'il se détruise lui-même, afin de couronner dignement toute la série de persécutions qu'il endure depuis si longtemps.

OBS. LXXVI. — Un délirant systématisé, malade depuis quinze ans environ, interné à la suite d'une tentative d'homicide sur un de ses prétendus persécuteurs, s'évade un jour. Il est repris le lendemain; mais, au moment où on le reconduisait à l'asile, il essaie de se couper la gorge avec un vieux ciseau qu'il avait caché dans un morceau de pain.

OBS. LXXVII. — Un homme, quarante-quatre ans, persécuté systématisé, au moment où il va être saisi par deux de ses voisins, pour être conduit à l'asile, s'empare d'un couteau et se précipite sur eux; puis, voyant l'inutilité de ses efforts pour se débarrasser de ses persécuteurs, se donne un coup de couteau à la poitrine et se fait une blessure sans danger. Il dit qu'en se voyant arrêter, il a cru qu'on voulait s'emparer de lui dans le but de le faire cruellement souffrir et qu'il a préféré la mort à la perspective de pénibles persécutions.

- On voit combien sont nombreuses et complexes les causes du suicide dans le délire des persécutions.

A quelle période de leur délire, les persécutés se suicident-ils de préférence?

Au début de leur affection mentale, ils sont inquiets, perplexes, et ne se livrent généralement à aucun acte dangereux pour autrui ou pour eux-mêmes.

Cependant, chez quelques persécutés, le début de l'affection mentale est marqué par une période de mélancolie, de crainte vague, avec dégoût de la vie et propension au suicide.

Obs. LXXVIII. — Femme entrée en décembre 1894. Mère morte hémiplegique, aurait eu plusieurs attaques (ramollissement cérébral). Une tante maternelle morte dans un asile d'aliénés.

La malade a toujours été très nerveuse et anémique. Était en pension chez les sœurs de Cluny d'où elle a été retirée à la suite de troubles nerveux mal déterminés. Bien réglée. Chagrins domestiques. La maladie mentale a débuté par la mélancolie avec idées de persécution non systématisées. La malade a voulu sauter par la fenêtre parce que son mari la délaissait, qu'elle ne se trouvait pas heureuse dans son ménage. L'idée de la mort l'effrayait bien un peu ; aussi, pour se donner du courage, elle a voulu se griser avec de l'absinthe.

Bientôt les idées de persécution prennent une plus grande consistance et se systématisent. C'est « la physique », le « clergé anarchiste » qui la persécutent ; on l'électrise. A ce délire de persécution très net, se joint un fonds de mysticisme avec craintes continuelles de l'amphithéâtre ; la malade redoute d'être autopsiée et préfère la mort à cette perspective. Depuis quelque temps, elle devient mégalomane et un peu incohérente, elle adresse ses suppliques à de hauts personnages : « A son Altesse le Prince de Galles. Je ne voudrais pas laisser passer ce mois de Saint-Joseph sans venir vous adresser ces quelques lignes afin d'initier votre Altesse à tous les ennuis dont on ne cesse de m'accabler. On me poursuit toujours affreusement et il me tarde bien que l'on me vienne en aide afin de m'éclairer sur ma mystérieuse et malheureuse existence. D'abord, il faut absolument qu'aucune autopsie ne soit pratiquée et je dois avoir tous les droits de défendre cette opération affreusement criminelle de la part de la Faculté, etc. »

OBS. LXXIX. — Th..., femme P... Père mort d'albuminurie; mère morte à cinquante-neuf ans d'une affection indéterminée; grand-père paternel mort à quatre-vingt-quatre ans d'affaiblissement sénile, grand'mère morte très âgée, un frère mort d'albuminurie.

Pas de maladies graves; a eu huit enfants, dont cinq morts de méningite. Le dernier accouchement a été accompagné de fièvre et d'albuminurie. Le mari de cette malade est méchant, buvait beaucoup et frappait sa femme. Il gagnait 5 francs par jour à peu près régulièrement, mais les dépensait le plus souvent. Aussi la malade a-t-elle été aux prises avec de nombreuses difficultés pour élever sa famille. Il y a un an, son mari l'abandonne, la laissant sans ressources.

Les subsides qui lui étaient alloués par le bureau de bienfaisance lui furent supprimés brusquement; aussi, très déprimée, vaguement persécutée, et voyant qu'elle ne peut suffire à elle-même et à ses enfants, elle tente de se suicider. Dans ce but, elle prit un mélange de pétrole, de liqueur de Fowler et de sulfate de zinc dans lequel elle avait fait tremper des allumettes. Elle fut très fatiguée et conduite à l'hôpital où elle séjourna trois mois. Au bout de ce temps, on s'aperçoit qu'elle est atteinte de délire des persécutions et on la dirige sur l'asile où elle raconte qu'elle n'a pu paraître dans le procès qu'elle intente à son mari parce que ce dernier avait quelqu'un de sa famille dans le clergé : « C'est tout un complot, dit-elle, dont je suis la victime. » Elle prétend aussi que son entourage lui en voulait; on disait qu'elle avait des amants, et cela dans le but de la déconsidérer. « Je ne puis dire tout ce qui s'est passé, ajoute-t-elle, je ne le raconterai qu'au juge d'instruction. »

1895 et 1896. Même délire des persécutions avec hallucinations de l'ouïe.

1897, 3 juin. Le délire des persécutions évolue rapidement à la période mégalomaniacale. La malade se croit chez elle, se montre de ce fait très autoritaire.

30 juin. Mégalomanie de plus en plus marquée, se fâche si on l'appelle madame. Dit s'appeler Marie-Rose T... et descendre de Louis XVI. « Je ne puis pas vous montrer mes titres, je ne les ai pas ici. Je suis reine, je règne partout où je suis. »

17 avril 1898. Est toujours persécutée mégalomaniacale, a jeté des œufs à la tête de l'infirmière en disant qu'on lui donnait des œufs pourris pour l'empoisonner.

1899. Pas de modifications, mêmes idées de persécution. Prétend toujours descendre de Louis XVI et attribue à cette parenté tous les maux qu'on lui fait.

La maladie évoluant, les persécutés systématisent leur délire, attribuant à un tel ou un tel les persécutions dont ils sont l'objet ; ils se plaignent aux autorités pour les faire cesser. Devant l'inutilité de leurs réclamations d'abord timides puis véhémentes, ils peuvent se livrer à des actes dangereux pour les personnes qu'ils accusent. Quelquefois ils supportent patiemment ces persécutions, concentrent en eux-mêmes toutes leurs plaintes. Mais enfin la coupe est pleine, et, s'ils ne réagissent pas contre leurs persécuteurs, ils peuvent, comme le dit Christian (1), se tenir le raisonnement suivant : « Voilà tant d'années que je n'ai trêve ni repos ; j'ai vingt fois changé de logement, j'ai quitté ma ville natale, je me suis même expatrié, le tout en vain. On me tourmente toujours tout autant. Est-ce la peine de résister ? Que vaut la vie quand elle est si misérable ? » Et il peut se laisser aller à un acte de désespérance. Mais s'il se décide à mettre fin à ses jours, le persécuté cherche d'ordinaire, avant d'en finir avec la vie, à se venger de ses persécuteurs ; les cas d'homicides et de suicides consécutifs ne sont pas rares.

Dans la période mégalomaniacque ou dans la démence, les persécutés ne font presque jamais de tentatives ; du moins nous ne connaissons qu'un seul cas, celui relaté par Christian (2).

Certains mobiles sont, pour ainsi dire, particuliers aux délirants systématisés : leur suicide est, le plus souvent, un acte de vengeance, quelquefois un moyen de justification suprême. Et chose remarquable, qui ne

(1-2) Christian. *Loc. cit.* (in *Ann. méd. psych.*, 1897, p. 189 et 192).

se rencontre qu'exceptionnellement dans les autres formes de folie et qui est caractéristique dans le délire des persécutions, ces malades laissent, en se donnant la mort, des écrits où ils expliquent les mobiles qui les ont fait agir, signalent leurs persécuteurs aux autorités, leur imputent la responsabilité de leur mort et demandent encore que justice leur soit enfin rendue. « Un commissaire-priseur, depuis longtemps persécuté, dit Legrand du Saulle (1), se tua laissant la lettre suivante : « Ne pouvant plus tenir aux persécutions de toute espèce que je n'endure que depuis trop longtemps et que, d'après de nouvelles preuves que j'ai acquises depuis trois jours que je suis à J..., j'attribue à mes frères et sœurs et beaux-frères, à mes belles sœurs et mes confrères, mes jaloux de métier ou à ma domestique, au père D... gagné par eux, à mon tartuffe d'oncle X... et à la femme de mon beau-frère, chefs de la diatribe dirigée contre moi pour arriver à ma destruction, ainsi que M. X... ne l'a que trop demandé dans la lettre anonyme qu'il m'a adressée le 4 octobre dernier, écrite par lui avec mes frères et sœurs, je me suis déterminé pour éviter de tomber sous les coups de ces ennemis acharnés à me donner la mort. »

Si les persécuteurs sont de leur famille, ils en profitent pour les deshériter.

Il arrive fréquemment que de pareils testaments donnent lieu à des contestations en nullité.

C'est aussi, avons-nous dit, un moyen de justification suprême. Legrand du Saulle (2) rapporte le cas d'un délirant systématisé qui écrit ces quelques lignes avant de se suicider : « Je me nomme..., je suis né à X..., j'ai cinquante-cinq ans, je suis chirurgien militaire. Un

(1) Legrand du Saulle. *Délire des persécutions*, p. 384.

(2) Legrand du Saulle. *Loc. cit.*, p. 389.

infâme colonel qui ne m'a jamais pardonné de lui avoir fait prendre un jour des pilules où il y avait du mercure m'a fait mettre en retraite, après m'avoir fait huer par tout le corps des officiers du régiment et même par tout le régiment. J'ai été abreuvé d'avanies.

« Mon affaire a transpiré, et alors, c'est moi que l'on a injustement accusé d'être une canaille, un syphilitique et un gobeur de pilules au mercure.

« Maintenant il n'y a plus moyen d'y tenir; tout le monde me ricane au nez, me montre du doigt, me crie : « Pourri, pourri ! » Comme il faut que cela finisse et que j'ai déjà beaucoup trop passé pour jocrisse, je suis bien décidé à me détruire et cela ne va pas être long. » Il réclame que son autopsie soit faite afin que tout le monde sache bien qu'il n'a jamais contracté la syphilis, qu'il n'est pas pourri ainsi qu'on le répète.

OBS. LXXX. — Une femme dont la sœur a été aliénée, et qui présente elle-même certains stigmates de dégénérescence, entendait dire qu'elle n'était pas une femme vertueuse; certaines personnes, dont son mari, prétendaient qu'elle avait de nombreux amants, et, à cause de cela, elle était en butte à toutes sortes de persécutions de leur part. Cet état délirant durait depuis un an environ, lorsque la malade, enfin fatiguée, et désirant mettre un terme aux persécutions, s'est tiré un coup de fusil au menton. Interrogée sur cette tentative de suicide, elle répond qu'en se laissant aller à cet acte, elle avait un double but : d'une part, si elle se tuait, elle échappait à l'existence misérable qui lui était faite; et d'autre part, si elle ne se tuait pas, elle restait défigurée, et par suite on ne pourrait plus prétendre qu'elle avait des amants.

Assez souvent la tentative de suicide est provoquée par des préoccupations qui ne se rapportent qu'indirectement au délire des persécutions, par des états mélancoliques qui viennent se greffer sur l'état délirant, par suite de l'internement ou pour toute autre cause. Une de nos persécutées attend à ses jours parce que, amenée

à l'asile, elle a dû se séparer de son enfant. Cette séparation lui cause une vive inquiétude, elle s'imagine qu'il va arriver quelque malheur à son fils et tombe dans une profonde mélancolie.

OBS. LXXXI. — C..., veuve M..., quarante-huit ans. Père mort d'un cancer, mère hémiplégique. Rien de particulier dans les antécédents de la malade. Début de l'aliénation mentale il y a deux ans environ, par des idées de persécution qui se sont peu à peu systématisées. Elle redoute ses voisins qui ne cherchent qu'à lui nuire, l'insultent et voudraient peut-être l'empoisonner (elle a un jour trouvé un goût bizarre à ses aliments); elle a souvent changé de domicile pour échapper à ses persécuteurs; vainement aussi, elle a multiplié les démarches auprès du procureur de la République. Elle craint pour elle, mais surtout pour son unique enfant âgé de quatorze ans sur lequel elle a reporté toute son affection. Internée, elle ne peut supporter sa séparation d'avec son fils; elle tombe dans une profonde mélancolie, s'imagine que ses ennemis la traquent, etc., et un soir elle fait une tentative de suicide. C'est ainsi qu'elle écrit : « Je ne peux rien à ce martyre de savoir mon brave enfant que j'ai élevé avec tant de soins entre les mains de ceux qui se font un honneur de nous faire souffrir... Je plains nos ennemis, mais je ne puis empêcher notre martyre surtout pour mon cher enfant... Je me résigne à l'adversité et ne souffre que des peines qui peuvent atteindre mon enfant. Je souffre pour lui, le jour; mais mes nuits sont encore plus tristes, je pense à mon pauvre enfant que je vois si malheureux, lui autrefois si gentil; c'est une véritable infamie... Je supporterais tout pour éviter un malheur à l'enfant; on me l'a pris à quatorze ans pour en faire un malheureux, etc. »

Chez les persécutés séniles, les tentatives de suicide sont plus fréquentes que dans le délire de persécution habituel. Le persécuté sénile est en même temps, d'ordinaire, un lypémaniaque plus ou moins anxieux, d'où la fréquence relative des tentatives.

OBS. LXXXII. — D..., soixante-trois ans, domestique. Rien de particulier dans les antécédents héréditaires. Affai-

blissement intellectuel et surtout de la mémoire, quelques excès alcooliques ; athérome.

Début de l'aliénation mentale il y a un an environ. Hallucinations de l'ouïe ; on lui dit des injures, des grossièretés. La malade accuse tout le monde de chercher à lui nuire, etc. Elle a essayé de se suicider en se frappant violemment à coup de dos de hache.

Obs. LXXXIII. — Femme âgée de soixante-sept ans. Affaiblissement mental. Présente depuis quelques mois un délire de persécution très actif. Dit que ses voisins la volent, que ses enfants cherchent à s'emparer de tout ce qu'elle possède ; les gens pénètrent dans sa maison, lui disent des injures ; en somme, tout le monde s'entend pour lui nuire. Si cela continue, elle va être réduite à la misère. C'est pour échapper à cette cruelle perspective qu'elle a essayé de se jeter à l'eau.

(A suivre.)

Revue critique.

DOCUMENTS D'OUTRE-MER

(INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES)

Par le Dr A. CULLERRE

D'un nouveau stock de rapports médicaux et administratifs d'hôpitaux d'aliénés d'Amérique qui me sont parvenus, je ne vois guère à extraire que ce qui concerne les écoles d'infirmiers et d'infirmières et le personnel de surveillance. Aussi bien cette question ne manque-t-elle pas chez nous d'actualité, ainsi qu'il appert des discussions du Congrès de Limoges et des vœux — combien platoniques, hélas ! — qui y ont été votés en faveur de la création chez nous d'écoles de ce genre et de l'amélioration du sort du personnel de surveillance des asiles d'aliénés.

Les divers hôpitaux d'aliénés de la ville de New-York, d'abord réunis sous une direction unique, puis séparés en plusieurs unités administratives par une loi entrée en vigueur en 1900, ont tous leur école d'infirmiers et d'infirmières.

A Manhattan-Ouest, qui contient 2500 femmes aliénées, l'école comprenait, en 1899, 38 élèves dont 32 subirent avec succès l'examen de passage pour entrer dans le cours de seconde année. Les leçons cliniques sont complétées par des démonstrations sur le mannequin et des expériences de laboratoire. Les élèves de deuxième année passent de quatre à six semaines dans les diverses infirmeries pour y acquérir des connaissances pratiques.

A Manhattan-Est, qui renferme 1850 hommes aliénés,

l'Ecole comprenait, au 4 octobre 1899, époque de l'ouverture des cours, 29 élèves de première année et 65 de seconde. Après la fermeture des cours, au mois de mai 1900, 25 candidats se présentèrent pour le diplôme d'infirmier et 30 pour l'examen de passage; 24 des premiers furent jugés dignes du diplôme, et 19 des seconds furent admis à entrer dans le cours de seconde année.

A Kings Park (2700 aliénés des deux sexes), l'école a fourni 16 gradués en 1900. A Flatbush (1140 aliénés des deux sexes), dont l'école existe depuis quatre ans et a déjà diplômé 34 infirmières et 13 infirmiers, 6 femmes et 4 hommes ont, en 1900, passé avec succès leurs examens probatoires et ont reçu le diplôme.

Les autres hôpitaux de l'Etat de New-York, dont nous avons déjà parlé à plusieurs reprises ici même, possèdent tous leur école. Le directeur-médecin de l'hôpital de Binghampton (1370 aliénés des deux sexes), écrit, dans son rapport: « Notre école d'infirmiers et d'infirmières continue à être florissante. Le nombre des élèves s'élève d'année en année et l'intérêt qu'ils apportent à l'étude est bien soutenu. En juin dernier ceux du cours de seconde année, au nombre de 14, ont passé avec succès l'examen d'Etat pour obtenir le diplôme et depuis le 1^{er} octobre 1900 reçoivent les avantages et émoluments attachés à leur grade. 36 aspirants ont passé, dans le même mois, l'examen d'entrée pour être admis au cours de première année. Les sujets gradués qui restent dans l'hôpital augmentent insensiblement de nombre. Nous n'avons pas moins de 60 diplômés en ce moment dans nos quartiers et l'amélioration qui en est résultée pour l'ensemble des services est un témoignage éclatant de la valeur de notre Ecole. »

Voici comment s'exprime le rapport du directeur médecin de l'hôpital de Buffalo (1880 aliénés des deux sexes): « L'école des « nurses » fonctionne d'une façon satisfaisante et le niveau des études s'élève. Et même le nombre des aspirants augmente dans de telles proportions que nous pouvons appliquer au recrutement de nos élèves un choix méthodique et que le moment ne tardera pas à venir où le niveau des examens s'élèvera largement et où nous pourrons développer les programmes d'études ». Heureux directeur! Mais qu'il prenne garde

à ne pas trop les développer, ses programmes, s'il redoute pour ses élèves la *mégélanie des diplômés*, affection mentale nouvelle qui, comme nous le verrons plus loin, paraît sévir d'une façon fâcheuse chez les infirmiers dans certaines régions des Etats-Unis. Dans l'année écoulée, 12 hommes et 12 femmes ont passé avec succès les épreuves du diplôme. Une dame professeur a fait même, à cet établissement, un cours de cuisine qui a donné, d'après le directeur, des résultats intéressants : « Les commissaires ont visité le cours de cuisine récemment installé pour les « nurses ». Ils ont constaté que les leçons étaient simples, pratiques, et limitées aux points qui présentent une réelle importance pour des garde-malades. La leçon du jour portait sur les différentes méthodes d'apprêter les œufs : elle fut faite avec intelligence et clarté. Chaque « nurse » se livre à son tour pendant une semaine à des exercices culinaires pratiques. » A la bonne heure : apprendre la bactériologie est bien, et l'anatomie aussi, sans doute, bien que je n'en sois pas sûr ; mais savoir présenter à un malade un œuf cuit à point, voilà qui est mieux encore pour une infirmière.

Ce n'est pas seulement dans les grands hôpitaux d'aliénés des principaux Etats de l'Union qu'il existe des écoles de « nurses ». Voici un asile plus modeste, celui de la Nouvelle-Ecosse (Canada) qui ne renferme que 400 aliénés, et qui a la sienne au sujet de laquelle le directeur s'exprime, comme on va le voir, sur le mode majeur : « Une nouvelle année des plus brillantes pour notre école d'infirmiers des deux sexes vient de se terminer par la session des examens. Huit élèves, dont deux hommes, ont reçu le diplôme. Les prix ont été distribués par Son Honneur le lieutenant-gouverneur.... L'institution de cette école a fait beaucoup pour l'amélioration du sort de nos malades et a augmenté leurs chances de guérison. Les élèves se sont voués à leur difficile tâche avec un enthousiasme du meilleur augure... Il est agréable de constater que beaucoup des diplômés de notre école sont fort appréciés et que plusieurs occupent des postes de confiance dans d'autres établissements d'aliénés. Il est bon que l'on sache que notre enseignement ne se borne pas aux soins à donner aux

aliénés, mais qu'il embrasse l'ensemble des connaissances nécessaires pour soigner toutes sortes de malades. »

Comme on le voit, le directeur de cet hôpital n'est pas jaloux de ses élèves. Le *sic vos non vobis* n'a rien qui le désespère et ne lui inspire pas la plus petite réflexion amère. Il ne demande pas mieux que de voir ses diplômés prendre leur essor hors de l'hôpital qui les a formés et courir à de plus brillantes destinées. Que dis-je ? il s'en glorifie... Lui aussi, sans doute, rêve de corser ses programmes, comme son collègue de Buffalo.

Et il n'est pas le seul ! Nous lisons dans le compte rendu du *Massachusetts general hospital* : « Une modification a été apportée au plan d'études de notre école de « nurses » : on y a introduit pour les aspirants élèves un cours de seize leçons sur l'anatomie élémentaire, la physiologie et l'hygiène. Cet enseignement préliminaire a été reconnu des plus efficaces pour la préparation des élèves au cours de première année. »

De tels efforts sont méritoires, mais ne dépassent-ils pas le but ? L'ambition des programmes n'éveille-t-elle pas l'ambition des élèves ? C'est ce qu'il est permis de se demander quand on parcourt le rapport du directeur de l'hôpital d'aliénés de Mac Lean (Massachusetts). Après avoir rappelé que l'école de cet établissement, fondée il y a dix-neuf ans, a jusqu'ici distribué 383 diplômes dont 250 à des femmes et 133 à des hommes, il se demande ce qu'ont bien pu devenir tous ces mandarins au petit pied, et voici l'étonnant tableau que ses renseignements lui ont permis de dresser :

	Hommes.	Femmes.
Nombre de diplômés en seize années.	133	250
Diplômés restés comme infirmiers dans le service.	16	19
Diplômés restés comme employés dans le service.	2	4
Elèves infirmières à l'école de l'hôpital général de Massachusetts (1).	»	5

(1). *Massachusetts general hospital* comprend trois établissements : un hôpital général, situé à Boston, ayant une école supérieure de *nurses* ; l'hôpital d'aliénés de Mac-Lean, qui a son école spéciale dont il est ici question ; et la maison de convalescence de Waverley.

	Hommes.	Femmes.
Directrices d'hôpitaux	»	2
Chefs surveillants dans d'autres hôpi- taux	4	7
Employés dans d'autres institutions	7	6
Exerçant leur profession pour leur compte	26	108
Etudiants en médecine	15	1
Médecins	16	1
Etudiants dentistes	1	»
Dentistes	4	»
Ecclésiastique	1	»
Etudiants	4	»
Adonnés à des professions diverses	19	3
Sans profession	9	21
Mariées et ayant abandonné la profes- sion	»	64
Décédés	9	9

Ainsi sur 133 infirmiers mâles fabriqués par cette école, 55 seulement ont continué le métier; 19 ont aiguillé vers des professions aussi variées qu'inattendues; 36, c'est-à-dire plus du quart, ont envahi le domaine de la médecine. Et l'on songe, chez nous, après l'avoir démembré, amputé, dissocié, à supprimer le baccalauréat qui veille encore, tout mutilé qu'il soit, aux portes de la carrière médicale!

Pour entrer dans cette école il faut fournir la caution morale de trois personnes connues pour leur honorabilité, produire un certificat de bonne santé et faire à titre d'épreuve, comme auxiliaire, deux mois de séjour à l'hôpital; ce temps écoulé on est évincé ou admis comme élève sur la proposition du directeur. Au bout de six mois, tout élève inintelligent ou mal noté pour quelque motif que ce soit peut encore être exclu. Les cours durent deux années au bout desquelles les élèves qui ont satisfait aux examens reçoivent le diplôme de capacité.

Pendant ce temps, ils résident à l'hôpital et remplissent les fonctions d'aides infirmiers et infirmières dans les divers services. Les hommes touchent 20 dollars par mois la première année et 23 la seconde. Les femmes en reçoivent respectivement 12 et 15. Les infirmiers diplômés qui restent au service de l'hôpital reçoivent 27 dollars par mois la première année et

30 dollars les années suivantes : le traitement d'un médecin-adjoint français!

Nous avons tout à l'heure critiqué l'exagération des programmes d'études de ces écoles et voilà qu'à la lecture attentive de l'un d'eux, nous nous sentons envahir par des scrupules. O prestige des mots, ô mirage! Voyons-donc, pour l'année 1900-1901, le programme des cours de l'école de l'hôpital général de Boston, qui compte une soixantaine d'élèves femmes :

1° Année préparatoire :

Physiologie.	5 leçons d'une heure.
Anatomie.	6 — — — — —
Petite chirurgie.	2 — — — — —
Hygiène	3 — — — — —

Soit au total seize leçons, ou seize heures de cours :

2° Première année :

Anatomie.	4 leçons d'une heure.
Bactériologie	1 — — — — —
Asepsie	1 — — — — —
Blessures.	2 — — — — —
Anesthésie	1 — — — — —
Fracture et leur traitement	2 — — — — —
Accidents chirurgicaux.	1 — — — — —
Hygiène	3 — — — — —
Physiologie générale et thérapeutique	6 — — — — —
Matière médicale	4 — — — — —
Sujets médicaux.	12 — — — — —

Dix leçons de pratique culinaire, mémoire.

Ensemble, trente-sept heures de cours.

3° Deuxième année :

Soins particuliers des maladies contagieuses	2 leçons d'une heure.
Régime en santé et en maladie.	1 — — — — —
Gynécologie	2 — — — — —
Revue générale d'anatomie	2 — — — — —
Anatomie des organes.	1 — — — — —
Bactériologie	2 — — — — —
Asepsie	1 — — — — —
Soins particuliers de la chirurgie abdominale.	1 — — — — —

Soins spéciaux de la chirurgie cérébrale, génito-urinaire et des hernies	1	leçon d'une heure.
Accidents chirurgicaux	1	— —
Sujets médicaux	6	— —
Soins dans les maladies ner- veuses et la convalescence	2	— —
Soins dans les maladies de la peau	1	— —
Hydrothérapie	2	— —
Soins dans les maladies des yeux	1	— —
Soins dans les maladies des oreilles	1	— —
Soins dans les maladies du nez	1	— —
Soins dans les maladies de la poitrine	1	— —

Douze leçons pratiques de massage, — mémoire.

Au total vingt-neuf heures de cours.

Il est bien évident que l'enseignement théorique, qui découle de ce programme, tout étendu qu'il soit — en surface — ne peut être que des plus sommaires. Il n'en est pas moins vrai qu'il suffit à développer, surtout chez les élèves hommes, un état d'esprit qui n'est pas très encourageant puisque ce n'est que par exception qu'ils consentent à poursuivre l'humble carrière à laquelle ils se destinaient en entrant à l'école. *Quo non ascendam!* telle paraît être la devise des infirmiers diplômés d'Amérique. Après tout, cela vaut encore mieux que la devise contraire de la plupart de nos infirmiers improvisés, pour la plupart instables, déclassés, déchus, ou vaincus de la vie.

Plusieurs de ces établissements ont leur « nurses' home », pavillon spécial où les infirmières sont logées à part. Ceux qui ne l'ont pas encore sont en instance pour l'obtenir. La « nurses' home » comprend, outre les chambres à coucher, une bibliothèque, une salle de musique, un salon de conversation, et même des salles de cours. La surveillante en chef en a le contrôle et la surveillance.

La chose est moins avancée pour les infirmiers hommes; tous les directeurs ne sont d'ailleurs pas partisans, pour leur personnel masculin, d'une habitation séparée où ils seraient forcément trop livrés à eux-

mêmes. Cependant, nous lisons, dans le rapport du directeur de Kings Park, une phrase qui montre qu'on s'efforce dans une large mesure d'améliorer le sort de cette partie du personnel : « Notre *club des employés* fondé depuis plus d'un an, a pris une large part dans l'élévation du niveau moral de notre personnel ; le club est pour eux une source de bien-être et de sociabilité. Ils y trouvent un endroit gai et confortable, où passer leurs soirées et leurs heures de loisir, et même leur temps de sorties réglementaires, s'ils le désirent ».

Au sujet de l'opportunité de ces habitations séparées pour le personnel de surveillance, plusieurs directeurs ont fait quelques réserves. Ainsi il leur a paru imprudent que le personnel de jour, qui a l'habitude des malades et connaît leur état mental, se trouve tout entier éloigné de ses quartiers pendant la nuit, le personnel de veille pouvant être aux prises avec des difficultés que son ignorance des particularités mentales des malades peut rendre extrêmement graves. Aussi sont-ils d'avis qu'une partie, au moins, du personnel de jour doit coucher à proximité des dortoirs.

L'introduction des infirmières dans les quartiers d'hommes continue à être tentée dans divers établissements. Le directeur de l'hôpital de Kings Park écrit à ce propos les lignes suivantes : « L'emploi des femmes dans les quartiers d'hommes a été expérimenté sans parti pris pendant l'année qui vient de s'écouler, et j'ai plaisir à rapporter que les résultats en ont été satisfaisants. On a observé qu'il y a moins de tendance à la violence, aux blasphèmes et à l'emploi d'un langage obscène dans un quartier où il y a une femme, même de la part de malades qui pourraient sembler être le plus prédisposés à ces excès. Plus que les infirmiers en outre, les infirmières s'attachent à l'aspect général du quartier, savent le rendre plus intime et plus gai, s'efforcent d'améliorer la tenue des hommes, font à leurs vêtements les menues réparations d'urgence, etc. »

Rappelons que dès 1893 la Commission d'Etat pour les aliénés de l'Etat de New-York avait fait une enquête sur la question de savoir dans quelle mesure il était à la fois désirable et pratique de substituer des femmes aux hommes dans les soins à donner aux aliénés. Des

expériences furent commencées. On mit des femmes d'abord dans les annexes des quartiers, réfectoires, offices, vestiaires, dortoirs ; puis dans les quartiers de convalescents, puis dans les infirmeries. Il n'y en eut qu'une d'abord par quartier. Bientôt on s'enhardit ; en 1894, à l'hôpital Saint-Laurent, une section d'hommes fut entièrement confiée à des femmes, assistées seulement d'un infirmier pour les grosses besognes. Cette mesure donna de si heureux résultats qu'on l'étendit aux infirmeries de faibles et de déments. A chacun de ces quartiers contenant 80 malades, on attribua 8 infirmières et 1 infirmier.

L'expérience établit nettement la supériorité des femmes sur les hommes dans les soins à donner aux malades. Elle prouva en outre qu'il n'y avait pas de sérieuses difficultés à l'application de cette mesure, et que la présence des femmes au milieu des hommes aliénés était signalée par une amélioration sérieuse dans leur conduite, leur tenue et leur langage.

Si tous les directeurs des établissements publics d'aliénés de l'Etat de New-York se sont montrés favorables à l'introduction des infirmières dans les quartiers d'hommes, il n'en a pas été de même des chefs d'établissements privés. Dans l'enquête de 1893, dont nous venons de parler, ils ont presque tous pris une attitude nettement opposée à cette mesure. Les raisons de cet ostracisme se devinent dans quelques-unes des réponses. L'un des directeurs exprime son avis de la façon suivante : « Des femmes pour soigner les aliénés hommes ? Pour ceux que la maladie a pratiquement désexués, oui ; pour les autres, non. » Un autre répond par une anecdote assez piquante : « J'ai fait l'expérience ; elle n'a pas été heureuse. Une infirmière que j'avais ainsi attachée à un réfectoire et à une section de pensionnaires hommes se prit d'une si tendre affection pour l'un d'eux, qu'elle chercha par tous les moyens, même légaux, à provoquer sa sortie. »

Telles sont les quelques données intéressantes qui résultent de la lecture de ces documents. Pour nous, qui sommes aux prises avec des difficultés telles que les meilleures volontés ne tardent pas à se sentir découragées, nous ne saurons rien tirer de ces enseignements

tant que les pouvoirs publics ne se seront pas pénétrés de cette idée qu'il ne suffit pas, pour accomplir le devoir social d'assistance qui leur incombe, d'assurer strictement le pain quotidien des malades hospitalisés. Tout progrès est avant tout une question budgétaire ; la question des infirmiers n'est, au fond, pas autre chose. Qu'on nous donne de l'argent d'abord, une plus large initiative ensuite (car la diversité des contrées et des mœurs introduit des données particulières dont il faut tenir compte pour la solution du problème) ; et il nous sera peut-être permis d'entrevoir la terre promise... à nos successeurs.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1° Fifth annual report of the managers of the Manhattan State hospital (East-Ward's Island) at New-York for the year ending september 30, 1900 (Cinquième rapport annuel des directeurs de l'hôpital d'Etat de Manhattan (Est, Ward's Island) à New-York, pour l'année finissant le 30 septembre 1900).

2° First annual report of the managers of the Manhattan State hospital, West, at New-York, for the year ending september 30, 1900 (Premier rapport annuel des directeurs de l'hôpital d'Etat de Manhattan (Ouest), à New-York, pour l'année finissant le 30 septembre 1900).

3° Fifth annual report of the Long-Island State hospitals for the year 1900 (Cinquième rapport des hôpitaux d'Etat de Long-Island pour l'année 1900).

4° Twenty-second annual report of the Binghampton State hospital (N.-Y.) for the year ending september 30, 1900 (Vingt-deuxième rapport annuel de l'hôpital d'Etat de Binghampton (N.-Y.) pour l'année finissant le 30 septembre 1900).

5° Thirtieth annual report of the Buffalo State hospital for the year ending september 30, 1900 (Trentième rapport annuel de l'hôpital d'Etat de Buffalo pour l'année finissant le 30 septembre 1900).

6° Eighty-seventh annual report of the trustees of the Massachusetts general hospital, 1900 (Quatre-vingt-septième rapport annuel des administrateurs de l'hôpital général de Massachusetts, 1900).

7° Tenth annual report of the managers of the Rochester State hospital (N. Y.) for the year ending september 30, 1900. (Dixième rapport annuel des directeurs de l'hôpital d'Etat de Rochester (N.-Y.) pour l'année finissant le 30 septembre 1900).

8° Twenty-first annual report of the State hospital for the insane, S.-E. district of Pennsylvania, Norriston, for the year ending september 30, 1900 (Vingt et unième rapport annuel de l'hôpital d'Etat d'aliénés de Norriston, district S.-E. de Pennsylvanie, pour l'année finissant le 30 septembre 1900).

9° Forty-third report of the Nova-Scotia hospital for the insane for the year 1899-1900. (Quarante-troisième rapport de l'hôpital d'aliénés de Nouvelle-Ecosse pour l'année 1899-1900).

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 24 NOVEMBRE 1902.

Présidence de M. MOTET

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Colin, Cornan, Lapointe, Jean Philippe, Rayneau, Trénel et Vigouroux, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. Cololian remerciant la Société de son titre de membre correspondant.

La correspondance imprimée comprend :

1° Un travail de M. L. Pron : *Influence de l'estomac et du régime alimentaire sur l'état mental et les fonctions psychiques* ;

2° *Archives de médecine et de chirurgie spéciales*, septembre 1902.

Une vacance dans la section des membres titulaires est déclarée, en remplacement de M. J. Falret, décédé.

La conscience et le libre arbitre.

Rapport sur un ouvrage de M. Miguel Bombarda.

M. DUPAIN. — Messieurs, vous avez bien voulu me confier le soin de vous rendre compte de l'ouvrage de M. le Dr Miguel Bombarda intitulé : « La Conscience et le Libre arbitre (1) ». Notre confrère, le distingué

(1) *A consciencia e o livre arbitrio*, par Miguel Bombarda, pro-

professeur à l'École de médecine de Lisbonne et membre associé à titre étranger de notre Société, vient de faire paraître une deuxième édition de son livre. La première date de 1897. Il s'agit d'études biologiques, et, pour mieux préciser, d'un exposé de la doctrine philosophique de l'auteur.

M. le Dr Miguel Bombarda fit à la Société des Sciences médicales de Lisbonne un certain nombre de conférences sur les neurones et la vie psychique. C'est l'origine de ce volume. L'auteur l'indique dans sa préface. Voici la traduction d'une partie : « Ce sont les faits qui fatalement conduisent la science actuelle à unifier les phénomènes naturels, à universaliser la conscience et considérer comme nécessaires la pensée et les actes des hommes qui font le développement de ce livre. La psychologie est la science physique de ce qu'on appelle l'esprit. Le phénomène psychique est aussi fatal, aussi déterminé que la chute d'un corps, et sur sa nature nous en connaissons autant et aussi peu que sur la nature des réactions qui se passent entre deux agrégats atomiques. Mais si partout nous rencontrons les mêmes mystères, pourquoi ne pas comprendre l'ensemble dans une même explication, si avec une théorie unique l'ensemble devient également intelligible, si l'ensemble trouve dans la science le même inébranlable fondement ? Ce n'est point une démonstration mathématique que l'on va lire. C'est une démonstration aussi précise et aussi positive que le comportent les données scientifiques actuelles. Simplifier la connaissance des phénomènes et les réduire à leur plus simple expression, telle est la tâche de toute la science ; et dans la science actuelle les lois invariables que nous vérifions dans les laboratoires ou au lit du malade, les faits qui à tout moment nous surprennent par leur invariabilité, depuis les manifestations de la vie des protozoaires jusqu'aux manifestations de la vie des Sociétés, permettent et inflexiblement conduisent à cette réduction, à cette simplification. Pourquoi donc nous préoc-

cupérons-nous des fictions populaires lorsque la démonstration est faite par la science, féconde et lumineuse, qui vient éclairer l'homme et les Sociétés des rayons d'un nouveau jour? »

L'auteur établit une conception matérialiste de la psychologie. Il ramène la conscience et le libre arbitre aux influences de l'évolution, de l'hérédité, du milieu, aux simples réactions physiologiques. L'âme est une pure fantaisie et le fonctionnement matériel du cerveau se traduit par des phénomènes psychiques.

L'ouvrage est divisé en une vingtaine de chapitres. M. le D^r Bombarda passe en revue « les croyances et la science », « le déterminisme », « la vie psychique et la conscience », « le déterminisme psychique », « les illusions du libre arbitre chez les protozoaires ». Curieux chapitre sur les phénomènes de réaction présentés par les animaux inférieurs, par leurs ramifications protoplasmiques ou par leurs cils vibratiles qui témoignent d'une réaction à l'humidité, à la chaleur et qui ne peuvent pas ne pas réagir; les conclusions de ce chapitre sont les suivantes : « L'homme est un agrégat de masse protoplasmique, de plastides, puisqu'il naît d'un plastide, l'ovule, qui se multiplie et se différencie; la cellule nerveuse la plus noble, celle du cortex cérébral, est de même manière un plastide. N'y a-t-il pas quelque fondement scientifique pour penser que ce qui existe de fondamental dans le plastide vivant de sa vie indépendante existe également dans le plastide cérébral, quand on sait que la différence consiste dans le perfectionnement d'une fonction donnée déjà existante et jamais dans l'apparition d'une fonction nouvelle? Et, puisque le plastide n'a pas vestige de spontanéité et de liberté, comment les admettre dans la cellule cérébrale et par conséquent dans la vie psychique de l'homme? »

Dans les chapitres suivants l'auteur passe en revue les éléments du système nerveux et les actions réflexes. Il expose ou développe les théories de Ramon y Cajal, de Van Gehuchten et des autres classiques. Pour lui les actes automatiques et instinctifs purs sont des enchaînements de réflexes compliqués de groupements habituels. L'acte intellectuel est un enchaînement de

réflexes occasionnels compliqués de groupements complexes. L'homme se croit doté du libre arbitre, mais il est le jouet d'une illusion. C'est de son propre fonds, de sa vue intérieure, de son auto-observation que l'idée du libre arbitre a pris naissance. « Une multitude d'éléments d'éducation, d'idées préconçues, d'idées fausses, de principes erronés, une foule de dispositions héréditaires ou tératologiques, en donnant à ce mot sa plus vaste acception, vivent inconscientes en notre esprit et viennent par leur influence nocive modifier le cours de nos idées et les réalités de nos sensations et nous conduire à des erreurs de tous les instants, à des illusions de toute heure. Et plus la mécanique est dérangée, plus elle a conscience de sa puissance et de sa liberté. C'est le malade qui ne s'est jamais connu plus vigoureux, c'est l'individu en état d'ivresse qui ne s'est jamais senti la tête plus libre. » D'autres chapitres sont consacrés aux faits relatifs à la physiologie du cerveau et à la pathologie nerveuse ou cérébrale. L'auteur fait plus loin l'examen critique des différentes opinions philosophiques sur le vitalisme et sur l'hypothèse de l'âme. Il rappelle, dans les chapitres intitulés : « La machine pensante », « La psychologie ancienne et la psychologie moderne », des notions anatomiques ou des expériences déjà connues. Entre autres la proposition de Fechner : « La sensation est proportionnelle au logarithme de l'excitation », et il est intéressant de voir utiliser cette formule à la soutenance d'une opinion métaphysique.

Messieurs, il y aurait beaucoup à vous dire sur cet ouvrage à la fois médical et philosophique, mais ce serait dépasser les bornes d'une simple analyse. Cependant voici la traduction des dernières phrases du dernier chapitre intitulé « Le déterminisme et la Société ». L'auteur aborde les problèmes de théodicée, de métaphysique et de sociologie sur les motifs qui déterminent les actions de l'homme et des sociétés. Il entrevoit une ère nouvelle. « L'éducation aujourd'hui empirique deviendra rationnelle, la morale aura pour base la science, la connaissance de l'homme dans son organisation physique et psychique. La notion de fatalité des actions humaines fera naître une nouvelle morale, de

protection, de sauvegarde sociale et de bonté. Cette morale amènera la disparition du crime par le modelage du cerveau dès l'enfance, par l'éducation basée sur l'amour et sur la bienveillance, par la diminution de la misère. La seule fin de tous ses efforts sera le perfectionnement et le bonheur de l'homme », — et l'auteur aperçoit : « l'aurore de la renaissance de l'espèce humaine, le commencement d'une ère de justice et de solidarité avec la condamnation de tous les égoïsmes ».

J'ai terminé, Messieurs, mon compte rendu. L'ouvrage de M. le Dr Miguel Bombarda intéresse le médecin et le philosophe. A Lisbonne il a été très vivement discuté au point de vue des opinions métaphysiques ou sociales. Tel qu'il est, il était intéressant de le connaître.

Rapport sur l'ouvrage de M. Pilcz : « Sur la folie post-opératoire ».

M. TRÉNEL. — Le travail (1) de notre collègue M. Pilcz, récemment nommé privat-docent à l'Université de Vienne, est une excellente revue générale d'une question qui, il y a peu de temps encore, a occupé notre Société. M. Pilcz constate tout d'abord le peu de fréquence relatif des psychoses dites post-opératoires et note que c'est surtout à la suite des opérations gynécologiques et oculaires qu'elles apparaissent. Un certain nombre ne sont que des délires alcooliques post-opératoires, soit suscités par l'abstinence, soit par l'adjonction de l'action du chloroforme, de l'iodoforme, etc. Certaines psychoses séniles, des démences latentes jusque-là, éclatent à propos d'opérations, de cataracte en particulier. Ce ne sont pas là de vraies psychoses opératoires.

Passant alors à l'étiologie de celles-ci et cherchant les causes prédisposantes, l'auteur trouve une prédominance marquée du sexe féminin (les deux tiers des cas), tandis que les enfants, par contre, en présentent rarement en dehors des cas d'origine toxique ou septique.

(1) Ueber postoperative Irresein. *Wiener klin. Wochenschrift*, 1902, 36.

Comme facteur étiologique, il adopte bien la dégénérescence mentale, mais trouve que vouloir en faire une condition *sine quâ non*, est aller trop loin, et pense que, dans nombre de faits, cette prédisposition n'existe pas. Toutes les causes de délabation antérieure ont une importance non moins grande, que ces causes soient physiques ou psychiques; et, à ce dernier point de vue, il rappelle la rareté extrême des psychoses post-opératoires chez les soldats en temps de paix, leur grande fréquence en temps de guerre. Il cite encore l'influence des mutilations graves, des organes génitaux plus spécialement. Dans certains cas, la crainte seule de l'opération a suscité la folie (psychose préopératoire, phobie opératoire); mais en somme il n'est pas une opération, depuis la simple avulsion dentaire, qui n'ait suscité une psychose consécutive. Aussi M. Pilcz fait-il bon marché des théories de la sécrétion interne (valables à peine pour certaines ablations des organes génitaux), et de celle de la folie sympathique. Il attache plus d'importance à l'intoxication, soit par les anesthésiques, qui, même sans opération, ont pu donner lieu à une psychose, soit par l'iodoforme (cette dernière intoxication, devenant bien plus rare depuis l'avènement de la chirurgie simplement aseptique). Les délires dus à l'infection deviennent aussi de moins en moins fréquents. Certains cas qui se présentent sous la forme de délire aigu sont encore de nature inexpliquée.

Mais c'est à l'auto-intoxication que M. Pilcz accorde de beaucoup le plus d'importance et surtout à l'auto-intoxication d'origine intestinale par coprostase, sur laquelle a particulièrement insisté von Wagner. Le professeur viennois a observé un grand nombre de ces cas, consécutifs surtout aux opérations abdominales, lesquelles sont souvent suivies d'une paralysie de l'intestin soit spontanée, soit due à l'usage de l'opium. C'est ce qui explique la fréquence des troubles mentaux après l'opération de la hernie. Von Wagner en a observé des formes variées (jusqu'à une psychose de Korsakoff), et les a vu guérir par de simples purgations.

La principale observation que nous croyons devoir faire à cet excellent article, c'est que l'auteur nous

paraît ne pas insister suffisamment sur le rôle joué par l'insuffisance rénale. Il ne cite qu'en passant l'urémie, quoique, à notre avis, ce soit peut-être là la cause, directe ou indirecte, de maintes psychoses opératoires (chez les vieillards en particulier).

Dans quelques cas enfin, une douleur vive suffit pour faire éclater un délire.

De la multiplicité de ces causes étiologiques, conclut M. Pilcz, on ne peut parler des psychoses post-opératoires qu'au même sens que de la folie puerpérale. Pour cette même raison, les formes cliniques seront très diverses et varieront avec l'importance de tel ou tel facteur étiologique, les formes délirantes, par exemple, dominant chez les prédisposés, la confusion mentale dans les cas d'intoxication simple, les formes chroniques (mélancoliques surtout) à la suite des opérations particulièrement déprimantes (castration).

Le pronostic dépend naturellement de la forme même de l'affection.

Pour terminer, l'auteur analyse les travaux de Briand et Picqué, trop présents à votre mémoire pour qu'il soit utile d'y insister.

Une bibliographie des plus étendues complète l'exposé de la question.

Le travail de M. Pilcz n'ajoute pas, il est vrai, de notions nouvelles sur une question qui a été longuement discutée ici, mais c'est une excellente mise au point où les ouvrages français tiennent toute la place qui leur est due; l'auteur s'en inspire largement en mainte occasion. M. Pilcz manie d'ailleurs d'une façon heureuse notre langue, vous le savez, et est collaborateur des *Annales*.

Du rythme psychobiologique dans l'automatisme de certains aliénés.

Par MM. V. VASCHIDE et CL. VURPAS.

A la suite de travaux entrepris sur certaines manifestations rythmiques dans la vie biologique et mentale de sujets soit normaux soit aliénés, aux divers moments et aux différentes phases de leur vie, nous avons pensé

qu'il serait intéressant d'étudier cette périodicité dans ses manifestations et sa signification psycho-physiologique.

Dans nos recherches sur le rythme biologique et mental, soit à l'état normal, soit à l'état pathologique, nous avons été amenés à examiner de près certains mouvements, certains gestes, certaines attitudes, certaines expressions mimiques, certains mots, certaines phrases, revenant périodiquement à des intervalles plus ou moins rapprochés, suivant un rythme défini, comme un véritable *Leit-motiv*, s'imposant pour ainsi dire à l'état mental du sujet.

Lorsque l'on étudie les différents groupes morbides de la psychiatrie, on remarque chez certains malades, qu'il s'agisse de maniaques, de mélancoliques, de paralytiques généraux, de déments, d'idiots, d'hallucinés, etc., de même que chez l'homme réputé normal, on remarque, disons-nous, certains mouvements associés soit sous forme de gestes, soit sous forme d'une série d'actes plus ou moins coordonnés, qui paraissent s'imposer à l'activité mentale du sujet, et brisent le cours régulier et l'évolution naturelle de son automatisme psychologique, en revenant régulièrement et presque rythmiquement dans ses diverses attitudes et poses.

C'est ainsi que certains malades ont une position musculaire, un geste, qui revient à des intervalles plus ou moins rapprochés, dans leur attitude générale, d'autres fois c'est une expression mimique, une position oculaire, qui se reproduit avec la même continuité; d'autres fois c'est soit un mot usuel, soit un néologisme, soit une phrase, ou un simple lambeau de phrase, que l'aliéné répète avec persistance selon un rythme monotone et régulier. D'autres fois enfin, une analyse psychologique plus délicate permet de déceler en dehors de toute manifestation motrice, certaines images, certaines idées plus ou moins complexes, qui reviennent, elles aussi, rythmiquement, suivant une succession périodique et régulière, à l'état mental du sujet, sans qu'aucune expression musculaire adéquate et directe les traduise au dehors. La présence intempestive de ces éléments psychologiques, qui émergent brusquement à la conscience pour disparaître après quelques secondes, parfois

même dixièmes ou centièmes de secondes, et s'imposer ensuite à nouveau, rend parfois impossible une attention soutenue, par l'arrêt et l'attente qu'elle provoque dans la vie mentale, et ne permet pas au sujet d'associer librement et à son gré les images et les idées volontairement appelées au champ de la conscience. Il ne s'agit pas ici d'une obsession déterminant un état d'angoisse et d'anxiété, mais de la répétition régulière d'une même image ou d'une même idée, provoquant un état de distraction particulier chez le sujet, qui devient le spectateur conscient des efflorescences rythmiques de ses images mentales.

Nous rappelons ici à simple titre d'exemples certains états psycho-musculaires, se reproduisant régulièrement chez divers sujets appartenant aux différents groupes de la pathologie mentale. Ce ne sont là, nous tenons à le redire, que de simples exemples, que nous aurions pu facilement multiplier.

Chez une démente on relevait, toutes les neuf minutes environ, une attitude de défense se reproduisant très régulièrement à certains intervalles. Chez une autre c'était un claquement des lèvres et de la bouche se reproduisant assez régulièrement toutes les 30 secondes environ. Cette même malade présentait continuellement certains mouvements rythmiques automatiques de sautillement sur la pointe des pieds, s'accompagnant d'un ballottement pendulaire à droite et à gauche de la tête et d'un mouvement circulaire du bras, s'exécutant rythmiquement.

Une paralytique générale répétait à de certains moments pendant longtemps la série de chiffres suivants, revenant périodiquement à peu près toutes les deux minutes : 1, 2, 3, etc., jusqu'à 12, 96.

Chez une délirante systématique on notait toutes les quatre minutes un geste de colère toujours le même, s'accompagnant d'une expiration bruyante rappelant le bruit que font des boulangers en pétrissant le pain.

Une mélancolique anxieuse présentait toutes les deux minutes le masque du pleurer sans écoulement de larmes.

Une maniaque se renversait en dehors la paupière inférieure avec l'index, toutes les deux minutes en-

viron, et accompagnait ce geste d'une grimace de la bouche.

Chez une dégénérée impulsive on observait parfois, revenant à peu près toutes les minutes, une expression dans le regard et dans les muscles de la mimique, traduisant un état mental particulier, qui se reproduisait rythmiquement pour disparaître aussitôt, le sujet continuant en dehors de ces apparitions fugaces la conversation interrompue.

Nous nous arrêterons là dans notre description clinique, n'ayant nullement l'intention de dresser ici un tableau comparatif des intervalles séparant la réapparition d'un même état psycho-musculaire, ou des intervalles séparant les périodes pendant lesquelles ces mêmes états ne se produisent pas. Et sans mentionner les chiffres, que nous ont fournis les résultats de nos recherches sur les nombreux et divers sujets atteints de différents troubles morbides, dont nous ne citons qu'un seul cas des principaux groupes nosologiques à titre de simple exemple, nous voulons seulement remarquer que l'on pourrait distinguer dans le rythme psychobiologique certains aspects variables avec la nature des psychopathies. Le rythme dans ses caractères et ses allures ne se manifeste pas dans la paralysie générale comme dans la manie, ni dans la manie comme dans les délires systématisés, etc.

Ces diverses manifestations d'une attitude, d'un geste, d'une expression mimique, d'un mot, d'une phrase, d'une idée, qui se répètent, se rencontrent également à l'état d'ébauche chez l'individu réputé normal, plus ou moins accentués suivant les divers moments, les troubles et l'agitation de son évolution organique et mentale. Mais ici une activité supérieure commande les divers actes et gestes, et reste maîtresse de la direction des nombreuses luttres de la vie psychobiologique ; tandis que chez l'aliéné, l'automatisme tendant à prendre le pas, le sujet devient la victime de toute cette efflorescence d'attitudes, d'allures, de pensées, qui arrivent à étouffer son initiative et son pouvoir d'imprimer un cours différent, une modalité nouvelle, à ses états psychologiques ou psychophysiologiques.

Voilà pourquoi l'étude du rythme biologique, soit au

point de vue mental, soit au point de vue musculaire, est particulièrement intéressante chez l'aliéné.

Cette répétition successive des mêmes positions musculaires, des mêmes gestes, des mêmes expressions, revenant d'autant plus souvent et plus régulièrement que le déclenchement moteur devient plus automatique avec l'affaiblissement et la diminution de l'activité supérieure, explique pourquoi les mêmes réactions motrices, jusque dans les muscles si délicats du visage, qui concourent à la mimique, arrivent à donner une plasticité musculaire spéciale, qui fige les attitudes, les expressions de la figure et des yeux, dans certaines allures et dans certains aspects et tableaux se rapprochant plus ou moins de la couleur et de l'objet du délire. Voilà pourquoi, pensons-nous, certains hallucinés, certains délirants, présentent, soit pendant la période d'état du délire, soit surtout pendant la période de démence, une mimique, une physionomie, qui rappellent et traduisent par leur expression le contenu et l'objet du délire ; voilà pourquoi ils semblent pour ainsi dire le mimer et l'extérioriser dans leur physionomie et leur attitude générale.

Cette production rythmique de certains mouvements, gestes ou attitudes, mots ou phrases, états mentaux, a lieu quel que soit l'état de la conscience.

Ils se produisent au premier chef, lorsque la conscience est abolie plus ou moins complètement : ainsi dans la paralysie générale, la démence, la confusion mentale. Ils se produisent également lorsque le sujet est conscient de ses états mentaux, mais est incapable de les modifier ou d'en arrêter l'exécution et l'extériorisation : ainsi dans la manie. Ici le sujet est pur spectateur de ses états psychiques et de ses mouvements et gestes, sans pouvoir les modifier ; et la conscience de ses mouvements et les impressions, qu'il perçoit de leur exécution, le troublent et le désorientent.

D'une façon générale, le rythme chez les aliénés diffère à plus d'un titre du rythme chez l'homme normal. Cette constatation, qui plaide, croyons-nous, en faveur de l'existence de l'image motrice, met également en relief l'importance capitale de l'équilibre moteur (images et mouvements) dans l'organisme, équilibre particulière-

ment instable, dont la rupture arrive à provoquer des troubles musculaires variés, allant parfois jusqu'à une véritable incoordination motrice, dans certains cas généralisée. Le déséquilibre mental pourrait de la sorte, ainsi que l'ont dit quelques auteurs, être la source d'une arythmie plus ou moins périodique, qui se traduirait objectivement par une réaction musculaire spéciale (attitudes, mouvements, etc.).

L'étude, que nous venons d'esquisser, nous a permis de remarquer le rapport étroit, qu'il semble y avoir, entre le rythme mental et les modifications circulatoires et musculaires.

Nos recherches concordent avec les expériences si intéressantes et si bien conduites de Patrizi et Casarini (1), qui ont démontré dans plusieurs travaux, qu'il y a des types mentaux bien définis en rapport avec les types vaso-moteurs.

Cette périodicité rythmique dans l'état musculaire ou mental d'un sujet est la manifestation d'une loi biologique plus générale et plus profonde. Physiologiquement, le rythme marque la manifestation d'une vie rudimentaire, qui apparaît lorsque les divers éléments agissent pour leur propre compte et ne sont plus réglés et commandés par un centre supérieur, qui joue par rapport à la synthèse individuelle le rôle d'un coordinateur psychodynamique.

C'est ainsi que du côté du système vaso-moteur, il nous a été donné d'observer, toutes les fois qu'il semblait soustrait à l'action des centres supérieurs (que le trouble fût anatomique ou simplement dynamique et fonctionnel), il nous a été donné d'observer dans ces conditions, disons-nous, un véritable rythme dans le graphique du pouls capillaire, traduit par des modifications dans la tonicité vasculaire, modifications se reproduisant à des intervalles réguliers et périodiques. Ces résultats nous

(1) Patrizi. Sur les réflexes vasculaires des membres et du cerveau. *Rivista sperimentale di freniatria*. — Vol. XXIII, fasc. I, 1897. — *Dritter internationaler Congress f. Psychologie*. München, Lehmen, 1897. — Patrizi et Casarini. Types de réactions vaso-motrices par rapport aux types mnémoniques et à l'équation personnelle. *IV^e Congrès international de psychologie*. Paris, Alcan, 1901.

ont été fournis par l'étude de courbes plétysmographiques dans trois états différents : l'une pendant le sommeil physiologique, l'autre chez une hémiplegique du côté paralysé le surlendemain de l'accident, la troisième chez une alcoolique quelques jours après la cessation des accidents toxiques.

Il en est de même de la respiration, lorsqu'elle est soustraite à l'action des centres supérieurs ; elle se manifeste alors sous la forme du rythme de Cheyne Stokes, ainsi qu'il ressort de graphiques respiratoires recueillis chez un sujet anencéphale, chez lequel le système nerveux ne dépassait pas le bulbe.

Faut-il voir au point de vue mental, dans les folies intermittentes et circulaires, une manifestation de ce rythme vital, traduisant la vie et les réactions normales de l'automatisme, n'étant plus réglé par l'action d'un centre supérieur et coordinateur de synthèse psychobiologique, et n'étant plus pour une raison ou pour une autre sous sa dépendance étroite ? C'est là un problème que nous ne faisons que poser et indiquer, nous proposant d'y revenir dans un travail ultérieur, de même que sur la question des vaso-moteurs dans les divers états normaux et psychopathologiques.

D'une façon générale, si nous nous en tenons à l'analyse purement descriptive des phénomènes, sans rechercher les rapports de priorité et d'action causale, l'automatisme psychologique nous apparaît, du moins dans ses manifestations extérieures, fonctionner et évoluer parallèlement et conformément à l'automatisme biologique selon un certain rythme donné.

Lorsque l'évolution normale de l'un de ces deux automatismes est troublée dans son fonctionnement, il semble apparemment et extérieurement du moins, qu'ils exercent l'un sur l'autre une véritable influence réciproque, il en résulte une arythmie qui se traduit par ces troubles qui sont toujours en rapport avec la physionomie des perturbations biologiques.

Quant à ce rythme que nous avons constaté, et qui traduit une vie rudimentaire, il n'est, peut-être, que la manifestation de ces deux actions biologiques par excellence, qui seraient la caractéristique propre de la vie, de cet équilibre particulièrement instable, nous voulons

parler de la dynamogénie et du repos, se succédant périodiquement et rythmiquement. Les centres supérieurs auraient un rôle de coordinateur psychodynamique réglant la machine vitale selon un équilibre plus stable, grâce à cette propriété supérieure et véritablement spécifique, réelle force active, qui est l'*inhibition*.

Trois cas de délire par insuffisance de la fonction rénale, ayant simulé le délire alcoolique,

par MM. VIGOUROUX et JUQUELIER.

J'ai l'honneur de communiquer à la Société, au nom de M. Juquelier et au mien, trois observations de malades ayant présenté un délire hallucinatoire, ressemblant à s'y méprendre à un délire alcoolique, et ayant été considéré comme tel par certains.

Dans les trois cas, nous avons attribué le délire à l'auto-intoxication par insuffisance rénale; chez nos trois malades, les troubles délirants ont coïncidé avec l'apparition de signes physiques de petite urémie, et ont disparu en même temps qu'eux.

Chez l'un d'eux cette donnée pathogénique fut mise en évidence par l'épreuve du bleu de méthylène, pratiquée suivant le procédé de MM. Achard et Castaigne.

Grâce à cette épreuve nous avons constaté un retard considérable dans l'apparition du bleu, et une lenteur excessive de l'élimination.

Chez le second la lésion rénale se manifesta par une albuminurie assez abondante, et chez le troisième par une oligurie excessive; ce dernier était atteint de lésion cardiaque avancée.

La première observation concerne un homme de cinquante-huit ans, entré dans le service le 31 mai 1902, considéré comme alcoolique par le M. le Dr Legras et, comme mélancolique avec idées confuses de persécution, par M. le Dr Magnan.

A son entrée à Vacluse, il présentait surtout une confusion mentale extrême, niant toute idée de suicide et de persécution, ne se rendant aucun compte du lieu ni du temps.

La nuit, il était agité et présentait des hallucinations de la vue.

Examiné au point de vue physique, il est pâle; son pouls est vibrant, et l'auscultation de son cœur montre un bruit de galop caractéristique.

L'examen de ses urines révèle de la polyurie, une diminution notable de l'élimination de l'urée, et la diminution du coefficient d'oxydation.

L'épreuve du bleu de méthylène montre un retard considérable de l'élimination (sixième heure), et une lenteur excessive (trois jours).

L'épreuve de la glycosurie alimentaire est négative. Les renseignements fournis par sa femme confirment le diagnostic de néphrite chronique.

Ancien rhumatisant, il a présenté depuis quelques années tour à tour des crises de dyspnée, des céphalées, des épistaxis, de l'œdème léger péri-malléolaire et palpébral; vingt jours avant son entrée, au cours d'une crise de dyspnée, sa femme remarque qu'il n'urine presque pas; et en même temps se déclare pendant la nuit un véritable délire de rêve.

Il voit sa fille et sa sœur, s'entretient avec elles, ne se reconnaît pas chez lui, prend la fenêtre pour la porte, etc.

Ce délire hallucinatoire, surtout nocturne, alterne avec des périodes de lucidité; mais son agitation devenant de plus en plus grande, sa femme se décide à provoquer son entrée. Sans être absolument sobre, il n'a jamais fait d'excès alcooliques.

Cet état de confusion mentale s'améliora rapidement sous l'influence du régime lacté, qui provoqua une décharge urinaire copieuse, et au bout de trois semaines il put être mis en liberté.

Dans ce cas, il semble bien que l'auto-intoxication par insuffisance rénale doive être seule mise en cause, pour expliquer ce délire hallucinatoire et cette confusion mentale survenant chez un brightique.

Il semble même que la crise hallucinatoire a remplacé comme accident urémique les crises de dyspnée auxquelles elle a succédé.

La deuxième observation est celle d'un homme de trente-six ans, entré dans le service le 5 juillet 1902,

considéré comme un dégénéré alcoolique par M. le Dr Magnan, et atteint de confusion mentale avec idées vagues de persécution, consécutives à du délire hallucinatoire surtout nocturne.

L'examen fait à l'entrée, difficile à cause de l'état de torpeur du malade, nous a montré une légère inégalité pupillaire, un état saburral du tube digestif, du tremblement des mains, la diminution des réflexes tendineux.

Une quantité notable d'albumine fut trouvée dans les urines, peu abondantes (850 grammes en 24 heures), et contenant en outre un peu d'indican.

Après une bonne nuit, le malade moins confus nous apprit que depuis plusieurs semaines, il avait les chevilles enflées, le soir, des céphalées, des engourdissements dans les doigts, des épistaxis. Il nous confessa de plus des habitudes alcooliques anciennes, des pituites matinales, des cauchemars.

Il nous dit qu'il est en butte aux persécutions de ses camarades, que la famille d'une femme qu'il a voulu épouser veut le faire conduire à l'échafaud, etc.

Il fut soumis au régime lacté et s'améliora rapidement. Trois semaines après son entrée, ses idées délirantes l'avaient abandonné, la confusion mentale avait disparu ; l'examen des urines indiquait la polyurie (2500 grammes) et la disparition de l'albuminurie. Les céphalées, les insomnies, l'œdème vespéral des jambes, ont également disparu.

L'interprétation de ce cas est rendue plus difficile par le fait des habitudes alcooliques du malade. Peut-être l'alcool n'a-t-il agi qu'en créant des lésions au niveau du rein ; mais il est impossible de ne pas établir une relation de cause à effet entre la disparition simultanée de l'albuminurie et des phénomènes délirants, d'autant plus qu'au point de vue clinique comme nous venons de le voir, les signes physiques du brightisme l'emportaient sur ceux de l'intoxication alcoolique.

Délirant, il urinait 850 grammes, avait 0,75 centigrammes d'albumine par litre ; au moment de sa sortie, ne délirant plus, il urine 2.500 grammes et n'a plus d'albumine.

La troisième observation concerne un homme de quarante-sept ans.

M. M..., Eugène entre dans le service le 9 février 1901. Il présente un délire hallucinatoire très intense; il voit sa femme et ses enfants passer devant les fenêtres, et les entend appeler au secours. Lui même va mourir, on va procéder à son autopsie, etc. Pour éviter la mort, il cherche à se jeter par la fenêtre; il est très anxieux et porté aux réactions violentes.

Il a été considéré, à l'infirmerie du dépôt, par M. le Dr Legras comme un dégénéré alcoolique.

L'examen somatique pratiqué à son entrée révèle qu'il est porteur d'une double lésion mitrale; la face est douloureuse, les jambes légèrement œdémateuses; les urines extrêmement rares, ne contiennent pas d'albumine.

Les renseignements fournis par sa femme et confirmés par lui après sa guérison, nous apprennent qu'une attaque grave de rhumatisme articulaire aiguë subie à l'âge de quatorze ans fut suivie de maladie mitrale.

Il a même eu plusieurs attaques d'asystolie, de la congestion pulmonaire et a présenté de l'albuminurie intermittente. Jamais il n'eut de troubles cérébraux.

Soigné pour ses antécédents cardiaques, il était abstinent depuis trois ans et au régime lacté intégral depuis cinq mois.

Quelques jours, avant son entrée, un nouveau médecin consulté avait fait interrompre le régime lacté, et fait remplacer par un régime dans lequel entraient la viande grillée, les légumes, etc.

Après deux jours de ce régime, les urines diminuèrent; il ressentit des maux de tête, et un délire hallucinatoire surtout nocturne s'installa: ses enfants lui paraissaient être des cadavres; il voyait le plafond s'abaisser, les fenêtres se rétrécir; il se sentait enfoncé dans le sous-sol; on va l'empoisonner, le tuer, etc.

Ce délire nécessita son entrée à l'asile; il continua toujours aussi violent pendant les premiers temps de son séjour. Il provoqua même une tentative sérieuse de suicide.

Puis, au bout de trois semaines, sous l'influence du régime lacté et de la digitale, le malade eut une diurèse abondante; et, en quelques jours, les hallucinations disparurent, ainsi que le délire secondaire.

Dans ce cas encore, le délire hallucinatoire a été provoqué par insuffisance de la fonction rénale chez un cardiopathe ; et bien que ce délire ait les caractères du délire alcoolique, l'abstinence totale du malade depuis trois ans et le régime lacté intégral qu'il suivait depuis cinq mois, permettent d'écarter l'influence de l'alcool dans la genèse du délire.

Ces faits viennent à l'appui de l'opinion de MM. Klippel, Régis, Ballet, Waler, Cullere, etc., qui ont noté l'analogie étroite unissant le syndrome délire alcoolique et le syndrome délire toxique.

DISCUSSION.

M. DUPRÉ. — Dans cette très intéressante communication, je n'ai pas vu qu'il fût fait mention de l'état du foie. On observe très souvent la fusion de l'insuffisance rénale et hépatique.

M. VIGOUROUX. — Le foie a été examiné. Dans deux cas on a pu le mettre hors de cause.

M. TRÉNEL. — J'ai observé deux cas analogues à ceux de M. Vigouroux. Dans un cas de néphrite aiguë il y eut du délire de persécution typique. Dans un cas, à la suite d'un accès pris pour du *delirium tremens* chez une femme, internée pour ce motif, on constate, le délire terminé, qu'il ne s'agissait pas d'alcoolisme, mais d'une néphrite chronique. Ces cas sont, je crois, très fréquents.

M. DUPRÉ. — Avez-vous eu l'autopsie de cette femme ? M. Maurice Faure a publié des observations très intéressantes sur l'insuffisance hépato-rénale. Or ce qu'on peut observer aussi, c'est une névrite périphérique assez marquée qui rapproche ainsi ces cas de la psychose polynévritique.

M. VIGOUROUX. — Dans les cas de M. Maurice Faure, il est surtout question de troubles aigus. Je m'appuie sur ces cas pour étudier les malades subaigus.

M. TRÉNEL. — Il me semble qu'on a une tendance à réunir des faits peut-être disparates, et on arrivera à confondre des délires aigus avec des troubles hépato-rénaux qui cependant ne s'accompagnent pas de névrite

et ne peuvent être en aucune façon rapprochés de la psychose polynévritique.

M. DUPAIN. — J'ai eu une malade analogue à celles de M. Vigouroux, qu'on avait prise pour une alcoolique et qui succomba à une attaque d'urémie. Elle avait des lésions hépatiques et rénales.

M. PACTET. — Je crois que les cas de M. Vigouroux sont assez fréquents, et que bien souvent on fait des erreurs sur l'existence de l'alcoolisme, alors qu'il s'agit de délires toxiques par insuffisance hépato-rénale.

M. VALLON. — J'ai eu aussi un cas semblable, celui d'un surveillant nullement alcoolique, mais cardiaque et qui fit un délire mystique intense. J'ai vu un autre cas avec troubles délirants ayant le type classique de l'alcoolisme, et qui n'avait que des lésions des reins.

Je crois que ces cas sont assez communs.

M. TOULOUSE. — Ces observations soulèvent une grosse question de pathogénie des délires. On a considéré longtemps certaines formes comme du délire alcoolique, en identifiant le délire alcoolique avec le délire toxique, de sorte qu'il devient difficile de distinguer ces deux délires. On dit souvent que le délire est alcoolique parce que le malade boit plus ou moins. Mais les statistiques administratives des aliénés donnent 30 p. 100 de buveurs, ce qui est le même pourcentage que pour les ouvriers. Il y a donc autre chose que l'alcool dans la pathogénie du délire alcoolique.

M. BRIAND. — Je crois qu'on peut différencier le délire alcoolique du délire toxique. En voici un caractère par exemple. Un malade, sorti de son accès nocturne, et repris dans la journée, se rendait compte que ça allait recommencer et qu'il avait des hallucinations. Je crois que la conscience que le malade a de ses hallucinations peut être un signe du délire toxique. Le malade en question était brightique et avait fait un excès de régime la veille; il avait eu à la suite une céphalée très intense, laquelle est rare chez l'alcoolique. C'est encore là un signe qui pourrait être utilisé.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

PAUL SOLLIER.

SÉANCE DU 29 DÉCEMBRE 1902.

Présidence de M. MOTET.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Collin, Lapointe, Marie, Thivet, Trénel, Vigouroux, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre annonçant la mort de M. de Krafft-Ebing, professeur de clinique des maladies mentales à l'Université de Vienne ;

2° Une lettre annonçant la mort de M. Van Persijn, ex-médecin directeur de l'asile de Meerenberg ;

3° Des lettres de MM. Marie et Vigouroux, qui posent leur candidature à la place vacante de membre titulaire ;

4° Une lettre de remerciements de l'Académie royale de médecine de Belgique, pour l'envoi du volume du Cinquantenaire de la Société médico-psychologique.

La correspondance imprimée comprend :

1° Un travail de M. Marchand, intitulé :

Syndrome occipito-cérébelleux ;

2° Trois brochures de M. Marie, intitulées :

Patronage familial des aliénés convalescents ;

Note historique sur la colonisation familiale de la Seine ;

Note sur l'organisation intérieure de quelques établissements centralisés ;

3° Le procès-verbal de la séance du 29 novembre 1902 de l'Académie royale de médecine de Belgique ;

4° Le numéro de décembre de la *Revue de l'Hypnotisme ;*

5° Le numéro d'octobre des *Archives de médecine et de chirurgie spéciales ;*

6° Le n° 12 du *Bulletin de la Société de Tempérance.*

Élection du Bureau de 1903.

1° Il est procédé au scrutin pour l'élection d'un vice-président. M. BRUNET est élu à l'unanimité de 17 votants.

2° M. RITTI est réélu secrétaire général par acclamation.

3° Il est procédé au scrutin pour l'élection des deux secrétaires annuels.

Sur 20 votants, M. DUPAIN obtient 20 voix et M. BLIN 19.

4° Il est procédé au scrutin pour l'élection d'un trésorier.

M. ANTREAUME est élu à l'unanimité de 20 votants.

5° M. BOISSIER est réélu bibliothécaire-archiviste par acclamation.

Le Conseil de famille est constitué par les membres du Bureau, auxquels sont adjoints les deux derniers présidents : MM. JOFFROY et MOTET.

Le Comité de publication est composé de MM. BRIAND, LEGRAS et VALLON.

La Commission des finances est composée de MM. CHRISTIAN et TAGUET.

M. BRUNET remercie la Société de l'avoir choisi comme vice-président.

M. MOTET remercie, au nom de la Société, MM. René Semelaigne et Paul Sollier qui, pendant onze ans, ont rempli les fonctions de secrétaires.

Deux observations de paralysie générale chez des hystériques.

par M. P. JUQUELIER.

Interne de l'asile de Vaucluse.

Je désire présenter à la Société les observations de deux malades, sur lesquels mon maître M. Vigouroux a attiré mon attention. Il s'agit de deux hommes hystériques devenus paralytiques généraux.

La question des rapports de l'hystérie et de la paralysie générale a déjà soulevé des discussions.

En 1882, dans la *Gazette médicale de Paris*, M. Régis citait le cas d'un homme de trente-trois ans, névropathe, présentant à son entrée à Sainte-Anne les signes physiques et intellectuels de la paralysie générale.

Pendant le cours de la maladie, ce sujet eut de véritables attaques d'hystérie, des alternatives d'agitation et de dépression, un délire étrange, mobile, avec hallucinations diverses accompagnant ou suivant les attaques. M. Régis admet que, dans ce cas, l'hystérie est venue enrayer la marche de l'affection cérébrale, ce qui pourrait expliquer le peu de fréquence de la maladie chez la femme, essentiellement sujette à l'hystérie.

En 1885, M. le Dr Rey (1) discutait l'opinion de M. Régis.

Il trouvait sur 30 femmes paralytiques générales, 7 hystériques. Il constatait, il est vrai, que, chez les femmes hystériques devenues paralytiques générales, le délire prend un caractère un peu particulier, mais concluait que la marche de la méningo-encéphalite est absolument la même, l'hystérie lui cédant le pas, s'atténuant ou disparaissant souvent dès le début.

Depuis, M. Charpentier (2), se ralliant incidemment à l'opinion de M. Régis dans une discussion du 30 juin 1890 sur les rapports de la paralysie générale et des infections, a constaté combien la paralysie générale est rare chez les hystériques. Un cas de ce genre a été signalé en mai 1899 à la Société de Neurologie de Moscou par M. Lubouchine (3).

Notre première observation concerne un homme de trente-cinq ans absinthique et saturnin, présentant de fréquentes attaques manifestement hystériques, et considérées comme telles par les médecins qui l'avaient soigné. D'après les renseignements donnés par la femme du malade, ces attaques ont disparu il y a trois ans, au moment où apparaissaient les premières manifestations de la paralysie générale.

Aujourd'hui il présente les signes physiques et intel-

(1) *Congrès de phrénatrie d'Anvers* (1885).

(2) *Annales médico-psychologiques* (1898).

(3) *Revue de Neurologie* (1900).

lectuels classiques de la paralysie générale; notons seulement qu'il a des hallucinations visuelles.

Notre second cas se rapporte à un malade de vingt-sept ans, entré dans le service avec le diagnostic de paralysie générale.

Ce malade n'était ni syphilitique ni alcoolique, mais il avait une hérédité névropathique et tuberculeuse très chargée, et il avait lui même présenté dans sa jeunesse des manifestations hystériques, en particulier des accès de somnambulisme.

Les premiers signes de paralysie générale, survenus après un rhumatisme articulaire aigu, coïncidèrent avec la disparition de ses crises de somnambulisme.

A son entrée il avait, outre tous les signes classiques de paralysie générale, de l'anesthésie pharyngée et de l'hémi-anesthésie du côté droit.

Il eut en plus de véritables raptus hallucinatoires; et pendant les neuf mois qu'il séjourna à l'asile, il présenta des hallucinations constantes de l'ouïe, de l'odorat et du goût, en même temps qu'un état dementiel avec idées absurdes de grandeur.

Ce malade succomba à la tuberculose du poumon.

En somme, nos deux observations viennent corroborer à la fois l'opinion de M. Régis et celle de M. Rey. En effet, dans le premier cas, comparable à ceux de M. Rey, la névrose cède manifestement le pas à l'affection organique; à peine pouvons-nous noter les hallucinations de la vue, hallucinations qui du reste peuvent également être rapportées à une intoxication antérieure. Dans le second cas, il semble qu'il y ait association ou au moins coexistence de deux affections; le délire hallucinatoire s'est manifesté malgré l'état de profonde déchéance intellectuelle.

Mais de toute façon, ainsi que M. Régis, nous avons été frappé de la rareté des manifestations hystériques dans les antécédents personnels des paralytiques généraux, ces deux cas étant les seuls que nous ayons observés dans le service.

OBSERVATION I. — P... (Charles), peintre en bâtiments, est entré le 6 décembre 1902 dans le service atteint de paralysie générale diagnostiquée à l'admission par M. le Dr Magnan.

Le diagnostic a été confirmé à l'entrée par la constatation des signes suivants : inégalité pupillaire, tremblement de la langue et des mains, embarras de la parole, exagération des réflexes patellaires, affaiblissement intellectuel avec idées puérides de satisfaction. Il a perdu la notion du temps et en rit : ses enfants (il n'a qu'un fils) sont les plus beaux du monde. Il nous en donnera un, si nous le désirons.

Il est peintre en bâtiment depuis quelques années, et a déjà eu des coliques saturnines : il a au niveau des gencives un liseré, peu accusé, mais suffisamment caractéristique. Il était auparavant acrobate dans les cirques, et cette profession l'a exposé à de nombreux traumatismes. Il buvait beaucoup. Enfin, on relève dans ses antécédents des attaques convulsives très fréquentes, antérieures à son mariage, et depuis onze ans qu'il est marié, sa femme a eu souvent l'occasion d'assister à ces attaques. Il les sentait venir, devenait pâle, tombait sans jamais se blesser, se débattait quelques minutes. Il ne s'est jamais mordu la langue, il n'a jamais uriné sous lui. Il revenait vite à lui, mais restait courbaturé quelques jours et conservait le souvenir de ce qui s'était passé au cours de son attaque.

Il paraît bien, par conséquent, s'agir de manifestations hystériques.

Or, depuis trois ans, ces attaques ont complètement disparu, en même temps qu'apparaissaient les premiers symptômes de paralysie générale. Le malade a cessé de travailler régulièrement ; il perdait la mémoire. Depuis un an il ne travaille pour ainsi dire plus ; il a la manie de cacher les objets les plus usuels sous prétexte de les ranger, et il est incapable de dire où il les a mis.

Depuis trois mois sa femme a remarqué qu'il a la parole embarrassée.

Il y a un mois, se sentant indisposé, il n'a pas voulu sortir et a eu la nuit des manifestations délirantes au cours desquelles il a tenté d'étrangler sa femme couchée près de lui. Conduit à l'hôpital Laennec, il a dû être évacué sur Saint-Anne ; puis il est arrivé à Vaucluse calme, mais très affaibli au point de vue mental, et présentant les divers signes de paralysie générale que nous avons signalés.

Peu après son entrée, P... s'est légèrement excité sous l'influence d'hallucinations de la vue. Il quittait son lit parce qu'il voyait des flammes la nuit autour de lui.

Il ne présente pas de lésions viscérales importantes ; il ne lui reste de l'intoxication saturnine que le liseré gingival.

Il n'y a peut-être d'un peu particulier dans l'allure actuelle de cette paralysie générale que les hallucinations de la vue, et

encore celles-ci peuvent-elles être rapportées à l'intoxication saturnine.

Obs. II. — M... (Ernest), âgé de vingt-sept ans, entré dans le service le 18 mai 1901 avec le diagnostic de paralysie générale, diagnostic porté par M. le D^r Cestan et confirmé par M. le D^r Magnan.

A son entrée, en effet, nous constatons les signes classiques de la paralysie générale : inégalité pupillaire, tremblement de la langue, très grand embarras de la parole, exagération des réflexes rotuliens.

Nous notons en plus une diminution très nette de la sensibilité à la douleur du côté droit et de l'anesthésie du pharynx.

Son état mental au premier examen est caractéristique : affaiblissement intellectuel très marqué, idées absurdes et incohérentes de satisfaction et de grandeur : — Il est duc, roi du Luxembourg, etc., — auxquelles venaient se joindre quelques idées hypochondriaques.

Le lendemain de son entrée, à cet état d'euphorie succéda brusquement une crise d'excitation d'une extrême violence, véritable raptus hallucinatoire : il se leva brusquement de son lit en criant à l'assassin, se jeta dans une porte qu'il défonça, cassa une fenêtre et, terrifié, chercha à fuir. Les infirmiers se rendirent maître de lui à grand peine, et à ce moment tous ses membres étaient tremblants et contractés. Il ne perdit pas connaissance.

Après cette crise qui dura une demi-heure environ, il redevenait calme et euphorique.

Des crises analogues de durée variable se renouvelèrent dans les premiers temps de son séjour, pour faire place à un état démentiel manifeste avec délire hallucinatoire, qui dura jusqu'à sa mort survenue onze mois plus tard.

M... était un jeune homme de vingt-sept ans, déjà très amaigri à son entrée, son poids étant de 57 kilogrammes alors qu'il mesurait 1^m70. Il ne présentait pas de gros stigmates physiques de dégénérescence.

Son hérédité était cependant chargée : sa grand'mère maternelle et sa mère avaient des attaques de nerfs ; sa sœur est très nerveuse, elle est en traitement à la Salpêtrière ; son père et une jeune sœur sont morts de la poitrine.

Lui-même n'a jamais fait de graves maladies dans son enfance ; il était intelligent, mais de caractère très difficile.

Il a fait son service militaire, s'est marié à vingt-quatre ans, a eu deux enfants bien portants ; sa femme n'a pas eu de fausses couches.

Il n'aurait pas eu la syphilis, et ne faisait pas d'excès alcooliques d'après les renseignements fournis par ses parents.

Depuis l'âge de quinze ans il était en proie la nuit à de vé-

ritables petites crises de somnambulisme. Au cours de son sommeil vers le matin, il se levait, voyait des voleurs qui le menaçaient, paraissait les entendre et même demandait son revolver pour tirer sur eux. Il parlait à sa femme, lui disait : Tu vois ces voleurs, etc. Il se laissait réveiller facilement, se rendormait, et le lendemain n'avait conservé aucun souvenir de ce qui s'était passé.

Ces crises nocturnes, d'après sa femme, cessèrent au moment où apparurent les premiers symptômes de la maladie actuelle.

Jamais il n'avait eu d'attaque proprement dite, ni n'avait jamais uriné au lit.

Deux ans avant son entrée environ, il eut une crise de rhumatisme articulaire aigu qui dura sept mois, et depuis sa santé ne s'est pas rétablie.

Son caractère se modifia, sa parole devint légèrement embarrassée, sa mémoire diminua; il ne cessa cependant son travail d'employé de magasin que six semaines avant son entrée. Il avait déjà eu deux ictus épileptiformes qui lui avaient laissé une parésie du côté droit, avec un embarras plus prononcé de la parole.

Il avait conscience jusqu'à un certain point de sa maladie, et c'est lui-même qui alla à la Salpêtrière pour se faire soigner.

Pendant son séjour à l'asile, M... était habituellement calme, mais presque constamment halluciné. Et suivant la nature de ses hallucinations, ou bien il refusait simplement de manger, ou bien il se levait brusquement pour aller dans la cour vers sa femme qu'il entendait; ou bien encore c'étaient de véritables raptus, sous l'influence d'hallucinations terrifiantes se rapportant toujours à des assassins.

Quelques heures après, il manifeste des idées absurdes de richesse, distribue des millions et des décorations, se déclare duc ou roi, etc.

Le 30 juillet, les signes physiques de la paralysie générale sont toujours les mêmes.

Les hallucinations suivantes sont notées : Il entend des voix qui lui défendent de manger : « Ne prends pas cela, c'est empoisonné, etc. » ; ce sont les oiseaux et les mouches qui lui parlent. Il trouve en effet que ses aliments ont un goût de vipère, de rat mort, ou « d'acétate de soude qui lui brûle le cœur ». Il sent de mauvaises odeurs que sa p... de femme et son amant lui envoient.

Par un tunnel percé au-dessous de son lit, on lui lance des rayons X et de l'acide « citrique », qui le brûlent et lui donnent envie d'aller à la selle. Sous l'influence de ces hallucinations, il mange irrégulièrement; il reçoit mal sa femme qu'il accuse de le tromper, etc.

Le 15 août, il eut un zona qui couvrit la région du dos et de la poitrine, du 5^e au 8^e espace intercostal. Ce zona guérit en huit jours et ne fut pas très douloureux.

La malade allait en s'affaiblissant au point de vue physique et dès ce moment on constata au niveau des sommets des poumons des signes de tuberculose.

Il ne se levait que quelques heures par jour. Ses craintes d'empoisonnement persistèrent, prétendant que ses parents voulaient se débarrasser de lui ; et il les manifesta encore quelques jours avant sa mort qui survint le 25 février.

A ce moment, aux idées d'empoisonnement vinrent s'ajouter des idées de négation : il n'avait plus de gorge ni de cœur, etc. Le chat lui parlait et lui disait que lui aussi était empoisonné.

Quelques temps après l'entrée du malade, une ponction lombaire permet de vérifier la teneur en éléments figurés du liquide céphalo-rachidien. L'examen donna les résultats suivants :

Totalité des éléments leucocytaires par milli-	
mètre cube de liquide céphalo-rachidien	8.6
Lymphocytes p. 100	52
Grands mononucléaires	33
Polynucléaires	15

Éloge de Baillarger par M. Magnan.

M. MOTET adresse à M. Magnan, au nom de la Société, ses remerciements pour le bel éloge de Baillarger qu'il vient de prononcer à la séance solennelle de l'Académie de médecine. Il le félicite tout particulièrement d'avoir parlé de l'homme privé en termes si élevés et si touchants que ceux-là mêmes qui n'avaient point connu Baillarger ont pu apprécier la haute valeur morale et le caractère du maître vénéré.

La séance est levée à 5 heures.

RENÉ SEMELAINNE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX AMÉRICAINS

ANNÉE 1899.

The alienist and neurologist.

I. — *Dégénérescence et mariage*, par le D^r Eugène S. Talbot (numéro de janvier). — En s'appuyant sur les opinions de divers auteurs et sur un certain nombre de faits, cités de divers côtés, le D^r Talbot estime que la consanguinité n'a pas d'influence mauvaise pour les enfants nés d'un mariage entre consanguins, à condition que leurs ancêtres communs ne leur aient point légué, à l'un ou à l'autre, des maladies susceptibles de se transmettre et notamment des maladies mentales.

Il montre en outre que, même en dehors de l'hérédité, des parents trop jeunes ou trop âgés procréent souvent des dégénérés.

II. — *La définition de la folie envisagée comme maladie*, par le D^r C. H. Hughes (numéro d'avril). — Après avoir considéré que la plupart des définitions données de la folie sont, ou trop exclusives, comme celles qui ne s'appuient que sur les manifestations mentales, ou insuffisantes, parce qu'elles n'envisagent pas tous les cas, le D^r Hughes, s'appuyant sur ce que les recherches anatomo-pathologiques montrent de mieux en mieux, que dans toute maladie mentale il y a une maladie cérébrale, propose de définir la folie : « une maladie primaire ou secondaire du cerveau, qui produit chez l'individu une modification anormale des idées, des sentiments ou des actes, qui change l'impression naturelle de ses facultés mentales et le met en désaccord avec son entourage, sa propre personnalité et le type normal de sa famille.

III. — *L'imbécillité devant la loi*, par le D^r C. H. Hughes (numéro d'avril). — Relation médico-légale d'une affaire de meurtre. L'inculpé avait tué un jeune homme qui allait épouser

sa sœur. Il avait reçu des lettres anonymes, incriminant la conduite de son futur beau-frère à l'égard de sa mère et de sa sœur. Ces lettres le troublèrent et l'amènèrent à commettre ce meurtre pour empêcher le mariage.

Les magistrats furent engagés, par l'attitude de l'inculpé, à nommer une commission de cinq experts, chargés d'examiner son état mental. La nomination de cette commission est un fait digne de remarque dans un pays où les questions de folie devant les tribunaux ont coutume d'être peu prises en considération ou jugées hors de l'intervention médicale.

Les experts reconnurent que l'inculpé était un imbécile, qui avait agi sous l'influence d'une sorte de suggestion; une ordonnance de non lieu fut rendue et l'imbécile fut placé dans un asile d'aliénés.

IV. — *Les variations du type de la paralysie générale*, par le Dr C. H. Hughes (numéro de juillet). — La paralysie générale observée aujourd'hui semble différer de ce qu'elle était lorsque les premiers observateurs l'ont décrite, notamment sur les points suivants : elle présente bien plus la forme démente ou la forme mélancolique que la forme ambitieuse; les rémissions y sont plus fréquentes et sa durée est plus longue; parfois même elle semble s'arrêter dans sa marche progressive. Ce n'est plus le délire qui en fait faire le diagnostic; l'on s'appuie plutôt sur les troubles pupillaires, les altérations de la parole et de l'écriture, les modifications des réflexes, l'analgésie des genoux et l'analgésie des jambes.

D'autre part, la maladie s'est montrée chez la femme, et elle débute à un âge plus précoce, même dès la jeunesse.

Ces changements sont dus, sans doute, à ce que de nos jours la vie est plus dévorante qu'autrefois, que la surexcitation de la lutte sociale et le surmenage qui en résulte atteignent tout le monde, hommes et femmes, et qu'ils commencent à exercer, même chez le jeune homme, leurs effets épuisants. Ils sont dus sans doute aussi à ce que les habitudes d'intempérance sont bien plus répandues qu'autrefois.

V. — *La banqueroute cérébrale des hommes d'affaires*, par le Dr C. H. Hughes (numéro de juillet). — Les hommes qui mènent de grandes affaires politiques ou industrielles, ont ordinairement une vie si remplie par ces affaires qu'elles ne leur laisse, pour ainsi dire, pas de repos. Leur intelligence est toujours en mouvement, entraînée avec une activité fébrile. Leur cerveau travaille sans cesse. De là une grande fatigue, un sur-

menage dont les conséquences sont inévitables; elles tendent à l'usure rapide de l'organe. De ces hommes, les uns s'épuisent, les autres sont subitement enlevés par la mort. Le D^r Hughes cite le cas de deux hommes de grande notabilité aux États-Unis, qui ont fini de cette manière: l'un est l'ex-gouverneur Flower, l'autre un membre du Congrès américain, bien connu comme un des plus ardents champions de la libre frappe de l'argent.

The american Journal of Insanity.

I. — *Art et littérature chez les aliénés*; par le D^r Ales. Hrdlicka (numéro de janvier). — Intéressant article, avec planches. Il traite successivement des aptitudes des aliénés dans le dessin et la peinture, les arts décoratifs, le chant, la musique, la littérature, et l'auteur arrive à conclure qu'en général, les maladies mentales détériorent les talents des malades, les détruisant peu à peu; que certaines des compositions littéraires ou artistiques des aliénés reflètent plus ou moins complètement les idées délirantes de leurs auteurs.

II. — *Emploi de la tuberculine comme agent diagnostique de la tuberculose chez les aliénés*; par le D^r Irwin H. Neff (numéro de janvier). — Dans la technique de l'emploi, le D^r Neff recommande de bien déterminer la température moyenne chez le sujet en expérience; dans ses observations, il a injecté d'ordinaire deux milligrammes de tuberculine, en solution au millième. Une élévation de température, huit à quinze heures après l'injection, indique un terrain tuberculeux. Cependant le défaut d'élévation n'indique pas nécessairement que le sujet est indemne. C'est ce qui ressort de vingt observations rapportées sommairement. Le D^r Neff considère la tuberculine comme un bon moyen de révéler la tuberculose chez les aliénés qui ne se prêtent pas aisément à l'auscultation.

III. — *Pronostic et durée des folies aiguës*; par le D^r Irwin H. Neff (numéro de janvier). — La mélancolie aiguë est plus commune que la manie aiguë. Dans la manie, il y a plus de guérisons que dans la mélancolie. Cette dernière est sujette aux récidives. L'hérédité n'implique ni l'incurabilité ni la nécessité des rechutes. Il y a plus d'hérédité chez les maniaques que chez les mélancoliques. La mélancolie dure plus que la manie. Les formes maniaques sont plus communes chez les femmes, les mélancoliques chez les hommes. Quand la maladie a plus

de six mois de durée, il y a plus de guérisons dans la manie que dans la mélancolie. Enfin, pour l'une ou l'autre forme morbide, l'hérédité semble n'avoir pas d'influence sur les symptômes, la durée et la guérison.

IV. — *Confusion mentale aiguë avec excitation. Lésions cérébrales de paralysie générale*; par le D^r Henry J. Berkley (numéro de janvier). — Femme de quarante-deux ans, veuve, internée le 8 janvier 1898. — Quatre semaines auparavant, elle avait perdu un fils unique, et sans qu'on eût jusque-là remarqué chez elle rien d'anormal, on la vit depuis ce moment perdre sa bonne santé physique, son sommeil, devenir irritable et rechercher la solitude. L'excitation n'avait commencé que quatre jours avant l'internement.

Cette excitation était grande et se manifestait par de l'incohérence des idées, un grand désordre des actes. On ne lui reconnut ni idées prédominantes ni hallucinations marquées. Elle avait beaucoup de confusion mentale.

Pas d'inégalité pupillaire; pas de modifications notables des réflexes.

Au bout de quelque temps l'excitation diminua, laissant persister une grande loquacité avec incohérence. Puis on vit se produire de l'affaiblissement général.

La malade s'alita au commencement de mai. Elle eut bientôt des escarres au sacrum. Le 17 mai, elle eut une première attaque épileptiforme. Le 30, elle mourut après en avoir eu plusieurs autres.

A l'autopsie, on trouva que la pie-mère n'avait pas d'adhérences; mais ses vaisseaux avaient de l'épaississement. Ce que l'on trouva de plus marqué, ce fut une notable périartérite dans les vaisseaux de l'écorce.

Il semble bien qu'on ait eu affaire à une paralysie générale à marche rapide, dont la cause ne put être déterminée. La malade n'avait pas d'antécédents syphilitiques connus.

V. — *L'hydrothérapie dans le traitement des maladies mentales*; par le D^r H. Roland Niles (numéro de janvier). — Cet article parle surtout de l'emploi du bain dit Russe, qui comprend l'emploi combiné des bains de vapeur, des bains ordinaires progressivement plus froids jusqu'à des températures de quinze, dix et même cinq degrés centigrades. Alors on réchauffe le malade à l'aide du massage, de boissons stimulantes et de la faradisation.

Ce traitement donne, paraît-il, de bons résultats chez les

alcooliques et chez certains mélancoliques. Mais il est si compliqué que son emploi ne semble guère pratique.

VI. — *Les recherches scientifiques dans les asiles d'aliénés*; par le D^r C.-R. Bardeen (numéro de janvier). — Les asiles américains, dans plusieurs États, ont été largement organisés pour les recherches d'anatomie pathologique, de bactériologie et de microscopie. D'excellents laboratoires ont été installés partout, et les travaux publiés marquent l'importance des résultats obtenus.

VII. — *Le syndrome complexe catatonie*; par le D^r W.-L. Worcester (numéro d'avril). — L'auteur rappelle d'abord la définition de la catatonie, suivant Kahlbaum : « Maladie cérébrale, qui présente tour à tour de la mélancolie, de la manie, de la stupeur, de la confusion mentale, et finalement de la démence, sans que tous ces phénomènes s'y trouvent nécessairement, et où l'on voit en outre des troubles du système nerveux moteur, sous forme de spasmes, qui en sont le caractère essentiel. » Il convient que l'entité de cette forme morbide a été très controversée. Il l'admet cependant, et dit avoir réuni, en 1898, trente cas sur quatre cent trente admissions faites à l'asile de Danwers. Il rapporte brièvement les observations de neuf malades sur ces trente; on n'y voit pas notés les troubles musculaires qui, selon Kahlbaum, seraient la caractéristique du syndrome. Cela ne doit pas empêcher, dit le D^r Worcester, de les y rattacher. En fait, ses observations semblent bien plutôt se rapporter à des formes diverses de mélancolie, avec les variations d'aspect que présente habituellement cet état.

VIII. — *Accès tétaniques dans l'épilepsie*; par le D^r L. Pierce Clark (numéro d'avril). — Les cas sont rares où l'accès d'épilepsie se présente avec prédominance des mouvements toniques sur les mouvements cloniques. Le D^r Clark, assistant à la colonie Craig, pour épileptiques, où il a vu passer devant lui plus de mille malades, a observé le cas remarquable qu'il rapporte dans son mémoire. Un jeune homme de vingt ans, épileptique depuis l'âge de seize ans, admis à la colonie en décembre 1897, eut pour la première fois en octobre 1898 des accès tétaniques différents de ceux qu'il avait eus jusque-là et qui n'avaient présenté que les convulsions cloniques. Dans les nouveaux accès, la rigidité musculaire s'étendait de la tête aux pieds; le corps s'arcboutait légèrement. En le prenant par les pieds, on pouvait le soulever tout d'une pièce, le

derrière de la tête portant seul sur le sol, et même, en appuyant les mains sur divers points, on ne pouvait le faire fléchir. Ces attaques tétanoïdes duraient environ dix secondes. Le malade mourut au mois de décembre suivant après avoir présenté un grand nombre d'accidents du même genre.

IX. — *Stupeur mentale intermittente*; par le D^r H.-S. Noble (numéro d'avril). — Fort intéressante observation d'un homme de vingt-six ans qui, du mois de juillet 1895 au mois d'août 1896, eut des accès intermittents de stupeur qui le prenaient régulièrement de deux jours l'un. Le lendemain de l'accès, tantôt il était calme ayant une lucidité assez grande, tantôt il avait un peu d'excitation. En général, l'intervalle de lucidité n'était guère que de douze heures, allant du matin au soir, entre des phases de stupeur durant environ trente-six heures. Il guérit en quelque sorte spontanément.

X. — *Deux cas de folie syphilitique*; par le D^r Henry J. Berkley (numéro d'avril). — Dans le premier cas, la maladie avait débuté par une attaque apoplectique suivie d'une paralysie transitoire du côté gauche. Il y avait eu ensuite une grande agitation. Huit mois plus tard, seconde attaque, encore suivie de paralysie gauche; après quoi le malade manifesta des idées de persécution. Mais il ne tarda pas à tomber dans la démence; il eut alors du tremblement musculaire, à la face, aux membres. Plus tard il eut des attaques épileptiformes, à la suite de l'une desquelles il mourut. L'autopsie fut faite, et on trouva la première légèrement adhérente et épaissie dans toute son étendue. Pas de grosses lésions syphilitiques; au microscope on reconnut que les gros vaisseaux avaient de l'endartérite, tandis que dans les petits, la périartérite était fort accentuée.

Le second cas concerne un homme de trente-six ans qui, au cours d'une syphilide pustuleuse généralisée, consécutive à un chancre, eut un accès de manie aiguë. Un moment il parut s'acheminer vers la démence; il était très affaibli et paraissait très amaigri. Mais quelque temps après il se remonta, reprit de l'activité mentale et finit par guérir. L'accès avait duré huit mois.

Dans ce second cas, c'est la coexistence de la syphilide avec l'accès qui fit porter le diagnostic de folie syphilitique. Dans l'autre cas, les paralysies consécutives aux premières attaques différaient de ce que l'on voit ordinairement dans la paralysie générale.

XI. — *Homicide et folie*; par le D^r H.-E. Allison (numéro

d'avril). — L'asile de Matteawan, dans le New-York, est consacré spécialement aux aliénés criminels. C'est le D^r Allison qui le dirige, et il s'y est acquis une grande notoriété. Ce qu'il examine dans son article, c'est surtout la statistique de la criminalité chez les aliénés, et les diverses formes de crimes que ceux-ci commettent.

Il constate que sur 2.080 individus admis dans l'asile, 662 avaient commis des crimes graves, meurtres, tentatives de meurtre, incendies, et que, de ceux-ci, 429 étaient venus des prisons à l'asile, après avoir été condamnés sans qu'on eût soupçonné leur folie, tandis que 233 avaient été envoyés directement à l'asile par les tribunaux, ce qui montre qu'en ce pays, la folie chez les criminels est encore souvent méconnue.

La folie épileptique ne lui a présenté qu'une proportion faible de criminels, à peine cinq pour cent. Il a mentionné environ quarante-cinq pour cent de maniaques ou de persécutés, environ trente pour cent de mélancoliques, et enfin environ dix-sept pour cent de faibles d'esprit ou d'imbéciles.

L'opinion publique aux États-Unis semble disposée encore à croire que si la folie et la dégénérescence sont invoquées comme excuse d'un crime, c'est dans bien des cas un moyen insidieux de soustraire un coupable à la répression des lois. Le D^r Allison montre que c'est une grande erreur, étant donné que presque toujours le séjour à l'asile est plus prolongé qu'il ne l'aurait été à la prison pour des faits de moindre importance et que, même pour les cas graves, il soustrait les individus aux chances de grâce ou de rémission de peine que leur bonne conduite à la prison aurait pu quelquefois leur mériter.

En terminant, notre auteur exprime le vœu que les tribunaux examinent de plus près, avant de commencer leur procès, l'état mental des individus accusés de crimes.

XII. — *Traitement hydrothérapique des aliénés*; par le D^r G.-W. Foster (numéro d'avril). — L'auteur ne conteste pas que l'hydrothérapie ne donne parfois de grands mécomptes chez les aliénés. Cependant on ne doit pas systématiquement la laisser de côté. Le D^r Foster a obtenu de bons résultats dans des cas de dépression simple, chez des malades affaiblis, chez des épileptiques, voire même chez des paralytiques, dont il a vu la maladie s'arrêter. Mais il ne dit pas quel était leur état au moment où il les soumettait à ce mode de traitement.

XIII. — *Résumé d'une courte histoire des institutions canadiennes pour aliénés*; par le D^r T.-J.-W. Burgess (numéro

d'avril). — Ce résumé donne la substance d'un discours où l'auteur a parlé des divers asiles du Canada et donné l'histoire de leur formation. Pendant longtemps plusieurs de ces asiles ont été très défectueux, soit en eux-mêmes, soit dans leur organisation, et il y a encore beaucoup à y reprendre. Le gouvernement s'occupe d'améliorer le sort des aliénés.

XIV. — *Les aliénés aux Antilles*; par le D^r G. Alder Blumer (numéro d'avril). — Ayant visité ces asiles au mois de mars 1899, le D^r Blumer donne les impressions qu'il en a eues. Il le fait avec beaucoup d'humour et, en quelques lignes, trace de main de maître des descriptions saisissantes. On sent qu'il a été fortement étonné, stupéfait, de trouver là encore des asiles qui semblent d'un autre siècle, prisons sombres et étroites, plutôt qu'hôpitaux de malades. Il y a vu encore en honneur les modes de contention d'autrefois, et rien n'est curieux comme de constater, avec lui, la placidité avec laquelle les administrateurs et les employés de ces asiles trouvent naturel le milieu où ils tiennent leurs aliénés. Evidemment ces gens-là sont d'un autre âge et n'ont pas suivi le mouvement qui s'est fait sur le reste de la terre. Cependant tous les asiles ne sont pas également défectueux, et notre voyageur y a trouvé de bonnes choses et de braves gens. Il n'a pas été peu surpris de trouver un médecin-directeur occupé, en manière de récréation, à lire Platon dans le texte grec. Cela valait bien tout autant que la lecture d'un journal.

XV. — *Quelques problèmes pour les aliénistes*; par le D^r Frederick Peterson (numéro de juillet). — Ces problèmes sont de deux ordres, les uns pratiques, les autres scientifiques. Le D^r Peterson les examine rapidement et indique sa manière de les résoudre.

Il voudrait que tous les praticiens ordinaires connussent les maladies mentales, afin de les diagnostiquer dès leur début et de les faire soigner sans retard dans les asiles spéciaux.

A son avis, il doit y avoir deux sortes d'asiles, les uns pour les cas aigus et récents, les autres pour les chroniques. Selon lui, les premiers doivent être situés dans des centres importants, afin que leur accès soit facile et qu'on ait sous la main tous les moyens de bien soigner les malades. Pour les aliénés chroniques, il admet que les asiles soient hors des grands centres, mais pas trop éloignés cependant. Il donne, pour ces asiles, la préférence au système colonial, pavillons séparés au milieu de terrains de culture ou de jardins. Il proscriit sévère-

ment pour ces asiles les bâtiments où tout est sacrifié à l'architecture et réclame des constructions simples et commodés.

Des problèmes scientifiques, le principal concerne la prophylaxie de la folie. Cette prophylaxie doit s'exercer notamment chez l'enfant sur qui peuvent peser des influences héréditaires. Le D^r Peterson demande que chez ces enfants on donne le pas à l'éducation physique sur l'éducation intellectuelle, et qu'on écarte d'eux toutes les causes d'excitation du système nerveux.

XVI. — *La folie suivant la loi et suivant la science au point de vue de la criminalité*; par le D^r Carlos F. Macdonald (numéro de juillet). — La loi américaine, copiée sur la loi anglaise, n'admet comme cause d'irresponsabilité que le cas où l'individu, fût-il d'ailleurs réellement aliéné, n'a pas été capable de discerner si son acte était coupable. Le D^r Macdonald réclame une disposition légale mieux en harmonie avec les progrès de la médecine mentale. La question à poser au jury, dans les procès criminels, devrait, dit-il, être ainsi conçue : « L'inculpé, au moment du crime, avait-il une capacité mentale suffisante pour apprécier la nature et les conséquences de ses actes, et dans ce cas, avait-il en outre une volonté assez libre pour ne point se laisser entraîner à les commettre ? Si, d'autre part, il avait perdu la libre volonté de se déterminer, cela était-il dû à la maladie et non pas à un état passionnel, ou à une intoxication, ou à tout autre trouble mental temporaire que l'inculpé se serait produit lui-même ? »

XVII. — *L'assistance des aliénés dans des habitations fermières*; par le D^r G. Alder Blumer (numéro de juillet). — Un des pionniers les plus actifs et les plus ingénieux dans les progrès de l'assistance des aliénés aux Etats-Unis, le D^r Alder Blumer s'est toujours préoccupé, dans les divers asiles à la tête desquels il a été placé, d'introduire tous les moyens d'améliorer la condition de leurs habitants, de les soustraire à une oisiveté funeste, tout en contribuant à la prospérité des asiles. C'est de la sorte qu'il a transformé l'asile d'Utica en y introduisant l'industrie sous diverses formes. Il s'était proposé, en outre, d'adjoindre à l'asile quelque exploitation fermière. Il y a éprouvé pendant longtemps de la résistance de la part des pouvoirs publics, surtout à cause des aléas financiers. Il a fini par arriver à son but et à pouvoir constituer, non loin d'Utica, trois fermes, deux pour les hommes, une pour les femmes, entourées d'une suffisante étendue de terres cultivables, et

qu'en peu de temps il est arrivé à mettre en bonne valeur, tout en constatant que les aliénés qui y étaient employés, en retiraient, tant de leur travail que de leur vie au grand air, un grand profit, même une sérieuse amélioration dans leur état physique et mental. Nul doute que l'exemple donné par le D^r Alder Blumer ne soit imité et ne conduise à d'aussi bons résultats.

XVIII. — *Les folies puerpérales*; par le D^r H. A. Tomlinson (numéro de juillet). — Il est incontestable que l'état puerpéral, à ses diverses époques, peut favoriser l'éclosion de la folie, mais cette folie n'a point d'unité. Le moment de la puerpéralité où elle naît est variable, ses manifestations sont très diverses, sa terminaison est tantôt bonne, tantôt mauvaise. Il est donc impossible de rien établir de précis à son sujet, et à cause de cela le D^r Tomlinson a raison de dire qu'il y a, non une folie, mais des folies puerpérales.

XIX. — *Les lésions infectieuses comme cause de folie*; par le D^r A. T. Hobbs (numéro de juillet). — L'auteur parle brièvement ici de deux sortes de maladies infectieuses, susceptibles d'amener la folie par intoxication, l'érysipèle et les lésions puerpérales. Il se borne à énoncer le fait, sans l'appuyer par des témoignages bien appréciables.

XX. — *De l'utilité d'une connexion intime entre les laboratoires de psychopathologie et les asiles destinés aux maladies mentales aiguës*; par le D^r Samuel B. Lyon (numéro de juillet). — En général, les laboratoires dont il s'agit sont situés dans les grands centres, là où les études sont bien organisées. Il est utile à cause de cela que les hôpitaux ou asiles pour les maladies mentales aiguës en soient bien rapprochés, de manière à ce qu'ils puissent s'entr'aider mutuellement et, qu'en outre, les étudiants aient la facilité d'aller apprendre à l'hôpital spécial les maladies mentales sur lesquelles il est fort important qu'ils aient des connaissances générales.

XXI. — *Traitement des malades et des aliénés en Perse*; par le D^r James P. Cochran (numéro de juillet). — L'assistance publique en ce pays est nulle pour les aliénés. Le seul mode de traitement qu'on leur applique consiste en quelques prières. Cela tient à ce qu'on ne les considère que comme possédés d'un esprit malin qu'on cherche à éloigner en récitant sur eux un certain nombre de fois tel ou tel chapitre du Coran.

XXII. — *Pseudo-démence paralytique urémique*; par le D^r Henri J. Berkley (numéro de juillet). — Observation d'un

homme interné le 12 mars 1898, à l'âge de quarante et un ans. Très exalté au moment de son entrée à l'asile, ayant des idées ambitieuses, se disant riche à millions ; pas d'idées fixes. Tourmenté d'hallucinations de nature alcoolique, il se voyait entouré de rats, de singes, de serpents. Il était désordonné, malpropre, indécent.

Ses urines, chargées d'urée, étaient albumineuses.

Pas d'inégalité pupillaire. Tremblement des muscles de la face.

Il avait de la paralysie gauche et traînait la jambe en fauchant. Les réflexes des membres étaient exagérés.

Au bout de huit jours, il tomba dans un sommeil presque continu. L'albumine avait augmenté dans les urines.

A partir du 24 mars, état comateux.

La mort survint le 30 mars.

D'après les renseignements pris sur son passé, on avait acquis la certitude qu'il n'avait jamais eu la syphilis ; mais il s'alcoolisait depuis longtemps.

A l'autopsie, on trouva la pie-mère très épaissie, mais sans adhérence.

Aucune lésion en foyer n'expliquait la paralysie générale.

Au microscope, on trouva que les vaisseaux étaient également altérés dans la substance grise des deux hémisphères et qu'ils étaient atteints de périartérite généralisée.

XXIII. — *L'enseignement de la psychiatrie* ; par le D^r Henry M. Hurd (numéro d'octobre). — Le D^r Hurd insiste surtout sur l'importance qu'il y aurait à voir dans chaque centre d'études médicales un professeur de maladies mentales et une clinique de psychiatrie que les étudiants pourraient suivre régulièrement comme toute autre clinique. De la sorte, tous les praticiens arriveraient à savoir ce que sont les maladies mentales.

XXIV. — *Remarques sur la contagion et l'infection mentales héréditaires ou acquises et sur les moyens d'empêcher la dégénérescence et la folie* ; par le D^r Richard Dewey (numéro d'octobre). — La contagion mentale existe dans les épidémies de folie des temps passés, dans les faits nombreux de folie à deux ou à plusieurs constatés de nos jours ; l'infection se montre dans les maladies mentales qui suivent certaines intoxications ou des maladies infectieuses. Il s'est trouvé des gens pour préconiser des moyens violents de faire obstacle à ces deux causes de la folie, et de les supprimer par l'emprisonnement perpétuel, la mise à mort ou la castration des individus suscep-

tibles de transmettre leur mal. Ces moyens sont antisociaux, et le Dr Dewey estime que les seuls moyens prophylactiques de la folie doivent être les influences moralisatrices, répandues par l'instruction et la bonne éducation.

XXV. — *Erreurs judiciaires en aliénation mentale*; par les Drs Geo. Villeneuve et E. P. Chagnon (numéro d'octobre). — Ces erreurs sont de deux sortes : dans un cas, des individus signalés comme aliénés et qui ont été vus par des médecins ont été néanmoins condamnés parce que les tribunaux n'ont pas tenu compte de l'opinion des experts ; dans l'autre cas, la folie a été entièrement méconnue avant la condamnation.

Les auteurs examinent spécialement ce qui en est de cette seconde sorte d'erreurs au Canada. Ils ont trouvé que, dans la province de Québec, sur 65.699 individus incarcérés en dix-sept ans, il se trouvait 699 aliénés qui avaient subi une condamnation sans qu'on eût reconnu leur état, et, parmi eux, un bon nombre n'ont pas été reconnus aliénés même dans les prisons, où ils ont dû subir une incarcération plus ou moins longue.

En terminant leur mémoire, les auteurs demandent que les magistrats veuillent bien comprendre que leurs seules lumières ne leur permettent pas de reconnaître la folie là où elle existe, et qu'ils fassent, plus qu'ils ne le font, appel aux connaissances des médecins spécialistes. Tout cas douteux devrait, avant les poursuites judiciaires, faire l'objet d'un examen médical.

XXVI. — *Extrait thyroïdien. Revue des résultats obtenus dans le traitement de mille trente-deux cas de folie*; par les Drs William Mabon et Warren L. Babcock (numéro d'octobre.) — Les auteurs ont colligé les indications qu'ils ont recueillies de trente-six asiles des Etats-Unis ou du Canada, et d'après lesquelles ils ont pu relever environ 10 p. 100 de guérisons et environ 18 p. 100 d'améliorations. Les malades soumis au traitement avaient presque tous des formes aiguës.

De leur expérience personnelle et de celle des autres expérimentateurs, ils concluent que : l'extrait thyroïdien doit être donné à des doses variant de 20 centigrammes à 1 gramme par jour, suivant les réactions constatées chez le malade ;

Que celui-ci doit être tenu au lit pendant l'emploi du médicament et même une semaine après sa suppression ;

Ce médicament doit être continué pendant au moins trente jours ;

Il ne faut pas se décourager après un premier essai, et y revenir deux ou trois fois ;

Le médicament convient surtout aux cas de manie ou de mélancolie aiguës, de folie puerpérale, de mélancolie avec stupeur ou même de démence précoce.

Un des premiers indices du succès est le relèvement de la santé physique.

XXVII. — *Rapport des maladies rénales et des troubles mentaux*; par le Dr W. L. Worcester (numéro d'octobre). — Ces rapports sont peu marqués; les affections rénales sont, à la vérité, assez communes chez les aliénés, mais pas plus que dans les autres catégories d'individus. Les cas où la folie peut vraiment être rattachée à une maladie des reins sont assez rares, et parmi eux l'affection dite « maladie de Bright » est celle qui a le plus d'influence.

XXVIII. — *Valeur pratique de la prophylaxie de la folie*; par le Dr A. B. Richardson (numéro d'octobre). — La folie provient d'origines trop diverses pour qu'il soit possible de s'adresser directement à ses causes et les supprimer. — Ce qu'il faut plutôt considérer, c'est que tous les hommes n'ont pas les mêmes capacités de résistance aux diverses conditions de la vie; c'est que beaucoup de maladies mentales proviennent de ce que certains individus ont assumé des fatigues au-dessus de leurs forces vitales. Un bon moyen de prévenir le développement de la folie consisterait donc à montrer comment il ne faut pas surmener les forces humaines; c'est surtout chez l'enfant, pendant la croissance, qu'il faut empêcher le surmenage. Et finalement il faudrait pouvoir proportionner le poids du fardeau de la vie aux aptitudes, aux forces morales de chaque homme.

XXIX. — *Psychologie du criminel; nécessité d'une organisation meilleure du service médical des prisons*; par le Dr John B. Chapin (numéro d'octobre). — Au lieu de répartir, dans les prisons, les criminels suivant la nature de leur crime et suivant la gravité de la peine qu'ils ont à subir, on ferait bien mieux de les répartir suivant leurs dispositions morales, et suivant les chances plus ou moins grandes qu'il y aurait de modifier leur état moral et de les corriger. Il serait utile, pour cela, de mieux les connaître, de rechercher les conditions dans lesquelles il sont devenus criminels, de faire chez eux la part des influences héréditaires, des mauvais instincts, de la mauvaise éducation, de l'entraînement, de l'habitude, et de séparer ainsi ceux qui sont incorrigibles de ceux qui sont amendables. Pour réaliser ce progrès il serait nécessaire d'améliorer le

service médical des prisons, de faire que le médecin pût examiner attentivement tous les prisonniers, reconnaître ceux d'entre eux qui sont tarés par la maladie et signaler ceux à qui des adoucissements dans la manière morale et physique dont ils sont traités pourront être utiles et contribuer à les corriger, reconnaître aussi ceux dont la place serait plutôt dans des asiles d'aliénés que dans des prisons. L'action du médecin sur la nourriture, le vêtement, le travail, les punitions, la discipline générale des prisonniers devrait coopérer avec celle du directeur de la prison et la régulariser.

VICTOR PARANT.

JOURNAUX ANGLAIS

Journal of mental science

ANNÉE 1899 (Suite).

XIII. — *Sur les causes de l'accroissement du suicide*; par le Dr William Ireland (numéro de juillet). — Le suicide augmente dans tous les pays civilisés. M. Ireland combat l'opinion contraire émise par le Dr Sibbald. Dans une étude publiée par le *British medical Journal*, celui-ci se base sur le chiffre stationnaire des suicides par pendaison (54 p. 100 en Angleterre, 29 p. 100 en Écosse) pour affirmer que l'accroissement prétendu n'existe pas. D'autres procédés pour supprimer la vie sont entrés dans les mœurs (écrasement par un train), qui fournissent un contingent important de suicides. Les pendaisons, d'autre part, sont devenues plus rares en Angleterre depuis qu'on exécute à huis clos; en Amérique, depuis l'emploi de l'électrocution. La vue du gibet n'agit plus par l'exemple dans les deux pays.

La fréquence du suicide par les divers moyens varie suivant les pays; elle échappe d'ailleurs à la statistique officielle. Certains procédés (revolver, poison) sont préférés par les classes supérieures et leur dénombrement exact n'est pas possible. Ce qui est certain, c'est que chaque contrée enregistre un nombre de suicides proportionnel au million de ses habitants et que ce rapport s'élève chaque année.

M. Ireland constate, après Emile Durkheim (*Études de*

sociologie) que, dans tous les pays, la température exerce une influence manifeste sur la fréquence des suicides. Sur 1.000, 590 à 600 sont accomplis en été; les autres, pendant le reste de l'année.

La folie serait étrangère à ce fait, puisque le suicide est plus commun dans les pays où la folie est plus rare. Il s'observe davantage chez les gens d'une intelligence cultivée que chez les illettrés (D^r Ogle).

Les arguments les plus solides sont les chiffres. Ceux que M. Ireland met sous les yeux de ses lecteurs sont au-dessous de la vérité, car il faut remarquer, avec Brierre de Boismont et Strahan, que les suicides enregistrés représentent la moitié de ceux qui sont commis réellement. En vingt-deux ans, de 1867 à 1888, l'accroissement a été énorme en Angleterre et dans le pays de Galles.

En 1867, on a noté 1.316 suicides; en 1898, leur nombre s'élève à 2.308. La proportion était respectivement, pour ces deux années, 61 et 82 par million d'habitants.

Cette propension à s'ôter la vie se voit dans tout le monde civilisé. Dans la Nouvelle Angleterre, depuis 1860, l'augmentation est de 35 p. 100. Dans le Massachussets, la proportion a monté de 69,9 à 90,9; dans le Connecticut, de 60,6 à 103,3 par million.

Une statistique publiée par Emile Durkheim fait connaître la proportion des suicides par million d'habitants dans les divers pays d'Europe, pendant les trois périodes successives 1866-1870, 1871-1875, 1874-1878. Les nations y sont classées dans l'ordre suivant : Italie, Belgique, Angleterre, Norvège, Australie, Suède, Bavière, France, Russie, Danemark, Saxe.

Partout l'accroissement est constant, et, pour ne prendre que les points extrêmes de ce tableau, on y relève les chiffres suivants :

	1866-1870	1874-1878
Italie	30	38
Saxe	293	334

M. Ireland ajoute quelques chiffres personnels recueillis au *register office* d'Edimbourg. La Norvège est le seul pays d'Europe où le suicide soit en décroissance. En 1893, il y a eu 130 suicides, 87 hommes et 43 femmes, soit 65 par million d'habitants, la population étant de 1,988,674.

En Belgique, la moyenne, de 1885 à 1890, était de 713, 594 hommes et 119 femmes. En 1890, on en compte 724; en 1895, 812, 660 hommes et 152 femmes; en 1896, 809, 668 hommes et 141 femmes. La population belge, au 31 décembre 1896, était de 6.495.886 habitants. Elle a augmenté de 1880 à 1890, de 54,931; de 1890 à 1896, de 71,094 âmes.

Un auteur italien, Fornaseri di Verce, écrit dans la *Rivista Sperimentale di Freniatria* que le nombre des suicides, qui était dans son pays de 890 en 1872, s'est élevé à 1,343 en 1881 et qu'il atteint 2.000 en 1893. Le professeur Sikorsky, de Kiew, a noté, d'autre part, la faible proportion des suicides en Russie, 30 par million.

Dans quelle mesure le suicide est-il associé à la folie? A coup sûr, il est quelquefois le produit d'un trouble mental (dans un tiers des cas, d'après Morselli). En Prusse, pendant l'année 1876, un quart, et, en France, en 1875, un tiers des suicides reconnaissent pour cause une maladie mentale. Au Japon, cet élément causal existerait dans la proportion de 47 à 48 p. 100. Dans le comté de Middlesex, le D^r Wynn Wescott note un pourcentage de 20 et le D^r O. Dea, de New-York, admet un tiers d'aliénés parmi les suicidés, en reconnaissant chez un autre tiers une « folie latente ». Dans son dernier livre, le D^r Kraepelin affirme que 30 p. 100 des suicidés sauvés offraient des signes très nets d'aliénation mentale. De l'ensemble des chiffres réunis par l'auteur, on peut considérer comme acceptable la proportion de 25 à 35 p. 100 pour exprimer les rapports du suicide et de la folie. Il semble qu'avec les progrès accomplis dans le traitement, la facilité d'interner les malades, le chiffre des morts volontaires devrait diminuer. Or, il n'en est rien et l'augmentation est formidable en Europe et dans l'Amérique du Nord. En Europe, le chiffre annuel des suicides n'est pas inférieur à 50.000. M. Ireland recherche les causes de cette grave situation.

Bien des motifs susceptibles de pousser un homme à se tuer existent chez les individus sains d'esprit aussi bien que chez les aliénés. La lassitude de vivre, l'impression causée par une ruine, un désastre quelconque, le désir de se soustraire à une douleur physique ou morale sont des conditions qui favorisent l'acte funeste. Certains suicides sont accomplis froidement; mais ils sont le plus souvent précédés d'une perturbation mentale et physique. Ils font suite, parfois, à un excès alcoolique. Le D^r Haig incrimine le thé qui peut y conduire en

créant une excitation nerveuse. En 1887-1888, au cours d'une épidémie d'influenza, le Dr Fehr a vu s'élever notablement en Danemarck le nombre des suicides. Toute cause qui affaiblit l'endurance en augmentant l'impressionnabilité crée la tendance à l'acte fatal.

Les chiffres alarmants contenus dans ce mémoire ne dénotent pas une dégénérescence de la race.

En Angleterre, en France et en Allemagne, notre confrère reconnaît la vigueur de la jeune génération. Mais ce progrès de la santé générale n'empêche pas une déchéance dans certaines directions. Les tableaux de mortalité montrent une abondance des maladies du système nerveux, du cœur, des artères et des organes urinaires. En 1866, les morts par maladie nerveuse sont représentées par une proportion de 1583 par million. En 1890, cette proportion est de 1745. Les décès par maladie du rein étaient aux mêmes époques 276 et 451, l'augmentation étant de 65 p. 100. Le diabète offre les proportions de 32 en 1866, de 65 en 1890.

Les chiffres sont pour les affections cardiaques, aux deux périodes respectives, 1059 et 1757. Et en présence de ce flot morbide qui monte, nous avons le suicide qui nous donne les chiffres 62 et 77 avec un accroissement de 24 p. 100.

Un grand nombre de neurologistes, en Europe et en Amérique, pensent que l'influence exercée sur le système nerveux par la vie mondaine, augmente le nombre des maladies nerveuses et en crée de nouvelles. Cette remarque concorde avec l'accroissement simultané du suicide et de la folie. Si les progrès de la folie ne sont pas démontrés en Angleterre, ils sont manifestes sur le continent où les statistiques sont mieux faites, d'après M. Ireland, que dans la Grande-Bretagne. Les travaux de Koch, Kollmann, Cettingen et Lunier établissent d'une façon indéniable ce phénomène démographique. M. Ireland est porté à l'admettre pour le Massachussets et la Norvège.

Pour lui, la propagation du suicide est imputable surtout à une cause mentale et à l'affaiblissement du sentiment religieux.

Il est rare, en effet, dans la péninsule ibérique et l'Italie méridionale: de même en Irlande, pays où les pratiques religieuses sont ferventes. Condamné par le Coran, il s'observe peu chez les Mahométans. Par contre, la religion indoue encourage le suicide qui est commun chez les Indiens. Le bouddhisme n'en détourne pas ses fidèles; aussi la destruction de soi-même est

plus pratiquée chez les Chinois et les Japonais que chez les autres peuples.

En Europe et dans le nord-Amérique, l'envahissement des masses par le scepticisme religieux et les idées matérialistes sont une cause puissante de l'augmentation des suicides. A Paris, elle est énorme. Dans la *Revue des Deux Mondes*, M. Louis Proal écrit cette comparaison saisissante : En 1836, il y avait à Paris 7 à 8 suicides par an, on en compte en 1898 300 à 350. Il assigne une origine morale dominante à ce fait désastreux : l'abandon de la religion par le peuple. A cette cause il faut joindre le surmenage du système nerveux, un développement anormal de l'élément sensible et émotif et un affaiblissement du pouvoir d'endurance.

D^r PONS.

BIBLIOGRAPHIE

Les obsessions et les impulsions, par les D^{rs} A. Pitres et E. Régis. 1 vol. in-18 de la *Bibliothèque de psychologie expérimentale*, Paris, Doin, 1902.

Sous le titre : « Les obsessions et les impulsions », MM. Pitres et Régis publient chez Doin un volume qui est le développement et le complément du rapport si remarqué qu'ils avaient présenté au Congrès de Moscou, en 1897, sur la « Sémiologie des obsessions et des idées fixes ». Nous retrouvons, dans ce nouveau travail, les fortes qualités cliniques, l'érudition très informée et la netteté d'exposition qui distinguaient le premier.

Un rapide aperçu historique nous montre d'abord les obsessions et les impulsions autrefois confondues dans les *monomanies*, dans les *folies avec conscience*, etc., puis séparées nettement de la folie, en 1866, par Morel, qui les considère comme un « délire émotif » résultant d'altérations du grand sympathique. Depuis la tentative de Morel, deux conceptions générales ont cours relativement à ces phénomènes morbides. L'ancienne conception subsiste, qui fait des obsessions et impulsions un *trouble intellectuel*; elle est soutenue, avec d'inévitables variantes, par Krafft-Ebing, par J. Falret, par Magnan, etc. La nouvelle conception, dérivée du point de vue de Morel, est la *théorie émotive*, qu'ont adoptée Berger, Hans Kaan, Féré, Freud, Hecker, etc., et qui a trouvé un appui considérable dans les doctrines, d'ailleurs dissemblables, du Danois Lange et de l'Américain W. James. C'est à cette conception que se rallient MM. Pitres et Régis. Pour eux, « l'émotion est l'élément primitif et fondamental de l'obsession » (p. 8); l'obsession est « un état morbide foncièrement émotif » (p. 11). Les auteurs se gardent de méconnaître l'importance, de l'élément intellectuel, de l'idée par laquelle se précise et se formule l'obsession. Mais ils tiennent que cette idée est secondaire et, somme toute, accessoire; car, disent-ils, « l'obsession peut

exister sans l'idée obsédante, mais elle ne saurait exister sans l'émotion] caractéristique ».

Ceci admis, c'est évidemment l'émotion qui doit servir de base à la classification des états obsédants (p. 18). L'anxiété pouvant se manifester plus spécialement par une crainte ou par une idée, les états obsédants se répartiront en deux groupes principaux : états obsédants *phobiques*, états obsédants *idéatifs*. La précision, la systématisation de la phobie ou de l'idée donnent lieu à des subdivisions dans les groupes principaux. D'où le tableau suivant, qui résume très clairement la classification adoptée par MM. Pitres et Régis (p. 19) :

Etats obsédants.

1° — États obsédants phobiques, ou phobies :

a) Phobies diffuses (panophobies).

b) Phobies spéciales (monophobies).

2° — États obsédants idéatifs ou obsessions :

a) Obsessions diffuses, multiples (polyidéiques).

b) Obsessions spéciales, systématiques (monoidéiques).

Leur doctrine générale et leur point de départ ainsi établis, les auteurs abordent la partie clinique et descriptive de leur travail, dans l'ordre indiqué par le tableau ci-dessus. Ils exposent les caractères généraux de l'*émotivité diffuse*, de l'*attente anxieuse*, qui a une si grande importance dans les états obsédants, des *attaques anxieuses*, de la *panophobie*. Passant ensuite à la description des *monophobies*, ils les divisent en : 1° phobies des objets ; 2° phobies des lieux, des éléments, des maladies, de la mort ; 3° phobies des êtres vivants (p. 37). Le nombre des phobies particulières est indéfini, « tout ce qui est susceptible de frapper nos sens étant également susceptible de devenir le point de départ d'une peur malade ». Il est par conséquent inutile de les décrire d'une façon spéciale ; leurs traits essentiels sont ceux des phobies diffuses. Elles sont *constitutionnelles* ou *accidentelles* ; les secondes ont une gravité moindre que les premières.

La *phobie*, dans laquelle prédomine la crainte, et l'*obsession*, caractérisée plus spécialement par une idée, « ne sont pas deux choses différentes ; ce sont, nous le répétons, deux variétés à peine distinctes, ou pour mieux dire deux degrés d'un même état neuro-psychopathique, différant simplement par la proportion des deux éléments, émotif et idéatif, qui le constituent, et

par son caractère évolutif, dans l'un habituellement intermittent, dans l'autre le plus souvent continu avec paroxysmes » (p. 63). Sur ce point, et d'après l'examen de leurs observations, les auteurs rejettent l'opinion de ceux qui, comme Freud, séparent nettement la phobie de l'obsession. Rien, en effet, n'est plus fréquent que la coexistence, chez le même sujet, de phobies et d'obsessions; ou encore que la transition insensible de l'une à l'autre de ces manifestations morbides.

Ce qui distingue essentiellement l'idée obsédante, tous les observateurs l'ont reconnu, c'est qu'elle est « involontaire et en désaccord avec le cours régulier des pensées »; c'est une idée parasite, automatique, discordante, irrésistible; on peut la comparer à un corps étranger implanté dans la conscience. Les idées obsédantes sont infiniment variées; mais les plus fréquentes sont celles qui ont pour objet la santé, l'existence, les scrupules moraux. Elles se présentent souvent *en contraste* avec les tendances ordinaires ou avec les préoccupations actuelles du sujet; c'est ainsi que le blasphème peut obséder les dévots, que certains obsédés sont poursuivis par l'idée de tuer les personnes qu'ils aiment le plus, etc.

Rarement, l'idée obsédante est unique, mais d'ordinaire il en est une qui prédomine; elle apparaît généralement sous la forme de paroxysmes avec angoisse plus ou moins vive. Comme la phobie, l'obsession est *constitutionnelle* ou *accidentelle*.

La nature parasitaire de l'obsession explique la révolte de la conscience violentée par son intrusion, la lutte qu'elle entreprend pour s'en débarrasser. A ce propos, on a contesté (Ségla, P. Janet, etc.) l'intégrité de la conscience dans l'obsession. Tout en admettant que, dans certains cas, la conscience est plus ou moins obnubilée pendant les accès, MM. Pitres et Régis pensent que sa conservation reste un des caractères essentiels de l'état obsédant.

Il n'y a pas lieu de décrire une « obsession impulsive ». Ce que l'on appelle de ce nom n'est pas autre chose que l'idée obsédante d'un acte quelconque; elle ne se distingue par aucun symptôme des obsessions ayant un autre objet, et, en fait, elle est fort rarement *irrésistible*.

Contrairement à l'opinion des anciens auteurs, l'hallucination se rencontre assez fréquemment dans les états obsédants; elle y est surtout *représentative* et *visuelle*.

Un chapitre curieux de l'histoire des obsédés est constitué par l'étude des *procédés de défense* qu'emploient ces malades,

soit pour prévenir leurs accès, soit pour en atténuer l'intensité, soit simplement pour les dissimuler. Les uns s'appliquent à un travail ou à la conversation, d'autres absorbent des liquides excitants; certains emploient des exclamations, des gestes d'une nature spéciale, et ils aboutissent à de véritables *tics de défense*; les éreuthophobes se fardent pour cacher leur rougeur, les agoraphobes ne sortent qu'en tenant à la main une canne ou un parapluie, ou bien ils se font accompagner, etc. Ces moyens variés n'ont généralement qu'un succès relatif et de peu de durée.

L'étude clinique de l'obsession se termine par un chapitre spécial sur l'*obsession de la rougeur*, prise à titre d'exemple et d'illustration. On sait que, dans des travaux antérieurs, MM. Pitres et Régis ont été les premiers à décrire d'une manière complète cette obsession, à laquelle ils ont donné le nom d'*éreuthophobie*.

Passant ensuite à l'étiologie, les auteurs montrent l'extrême fréquence du syndrome obsession; ils énumèrent ses causes. De toutes les *causes prédisposantes*, l'*hérédité* est la plus importante, « elle joue ici un rôle de tout premier ordre » (p. 217). Le sexe a aussi une influence appréciable, puisque l'on trouve trois femmes obsédées pour deux hommes. Les professions, le milieu social, contrairement à une opinion assez répandue, paraissent indifférents : « Les obsédés appartiennent à toutes les classes de la société; on en rencontre chez les gens pauvres et chez les riches, chez les travailleurs et chez les désœuvrés, chez les intellectuels et chez les mercenaires. » Morel avait fait la même remarque pour son *délire émotif*. Quant à l'*âge*, la statistique de MM. Pitres et Régis montre que « dans plus de la moitié des cas, les obsessions surviennent dans l'enfance ou dans l'adolescence, avant la fin de la quinzième année ». Cette fréquence du début des obsessions à la puberté ou même dans l'enfance, est invoquée par les auteurs comme un argument contraire à la théorie de Freud sur l'origine sexuelle des obsessions.

Parmi les *causes occasionnelles* figurent d'abord les émotions (scrupules, deuils, chagrins), puis les maladies infectieuses. L'imitation peut aussi être une cause provocatrice de l'obsession; M. Régis a décrit des *phobies à deux*. Habituellement, « la nature des idées obsédantes est commandée, au moins pendant un certain temps, par la nature des émotions qui les ont provoquées » (p. 224).

L'évolution des obsessions est ordinairement chronique et paroxystique. Elle peut aboutir à la guérison, rarement complète dans les obsessions constitutionnelles ; ou bien à la chronicité, ou encore à la folie confirmée.

Quant à sa nature, l'obsession est un état mixte, neuro-psychopathique, très voisin de la neurasthénie, et développé le plus souvent sur un terrain constitutionnellement préparé. L'état obsédant n'est pas une maladie autonome ; c'est un syndrome essentiellement caractérisé, suivant MM. Pitres et Régis, par l'angoisse, et que l'on pourrait appeler *syndrome d'angoisse*.

Deux intéressants chapitres sur le diagnostic et sur le traitement terminent et complètent l'histoire des obsessions.

La seconde partie du livre est consacrée aux impulsions. A titre d'introduction, le premier chapitre expose, principalement d'après les travaux de Ribot et de Dallemagne, « la psycho-physiologie de l'activité volontaire », ainsi que la conception « de la volition et du réflexe », qu'adoptent MM. Pitres et Régis. La volonté consciente n'est pas autre chose que la coordination et le contrôle de la primitive tendance au réflexe. D'où la définition de l'impulsion morbide : elle est, dans le domaine de l'activité volontaire, la tendance impérieuse et souvent même irrésistible au retour vers le pur réflexe (p. 291).

Les auteurs se sont principalement inspirés, pour la description de l'impulsion, des idées de Morselli, « le seul auteur qui ait traité avec quelques détails la symptomatologie générale des impulsions ». Cette symptomatologie générale est celle des obsessions, avec en plus la tendance plus ou moins incoercible à l'acte. C'est ainsi que les impulsions sont *endogènes, impérieuses, aberrantes* (c'est-à-dire contrastant avec le caractère de l'individu et avec les exigences de la vie sociale), *involontaires*, et le plus souvent *conscientes*, mais parfois aussi *inconscientes*.

L'essence même de l'impulsion est son caractère *involontaire* ou *de contrainte*, et c'est d'après ce caractère que MM. Pitres et Régis classent les divers degrés de l'impulsion, « entre la décharge motrice spontanée et la volition normale ». Ils en admettent trois types ou catégories (p. 299).

Les *impulsions motrices pures*, ou à réflexe direct, immédiat et fatal ;

Les *impulsions psycho-motrices* ou à réflexe retardé, dans lesquelles l'acte suit toujours fatalement mais non toujours immédiatement la stimulation ;

Les *impulsions psychiques* ou à réflexe interrompu, dans lesquelles entre la stimulation et l'acte, qui n'est ni immédiat ni même fatal, s'interpose un intermédiaire idéo-émotif long, compliqué, douloureux, accompagné d'une lutte d'inhibition souvent victorieuse.

Comme l'obsession, l'impulsion présente des manifestations innombrables et qu'il est inutile, dans un travail d'ensemble, de décrire en détail. Pratiquement, on groupe les impulsions d'après la nature des actes auxquels elles poussent : suicide, homicide, vol (*kleptomanie*), incendie (*pyromanie*), actes relevant de la sphère génitale, fugues (*dromomanie*), tics, paroles (*coprolalie*), excès alcooliques (*dipsomanie*) ou médicamenteux (*toxicomanie*), etc., etc.

Les impulsions sexuelles ont une très grande importance sociale et médico-légale. On en a décrit de nombreuses variétés, dont les principales sont : l'*uranisme* ou *inversion sexuelle*, l'*exhibitionnisme*, le *fétichisme*, le *sadisme*, le *masochisme*. Leurs symptômes généraux sont ceux de toutes les impulsions.

Aucune sorte d'impulsion n'a d'ailleurs une existence autonome, aucune n'est indépendante d'un état morbide préexistant ; il n'y a donc pas des psychoses purement impulsives, des monomanies impulsives ; ce point n'est plus contesté, depuis les travaux des Falret, de Morel, de Motet, de Foville, de Magnan.

Toutes les impulsions peuvent donc être rattachées à une affection plus générale, et il devient nécessaire de les étudier dans les principaux états psychopathiques. Les auteurs passent en revue, à ce propos, la dégénérescence mentale, l'épilepsie, l'hystérie, l'alcoolisme, les démences, la paralysie générale, les vésanies, et ils recherchent les caractères particuliers qui, dans chacun de ces états, distinguent les diverses variétés d'impulsions.

L'étiologie n'a rien de spécial ; elle se confond avec celle des obsessions et avec celle des états morbides auxquels elles se lient. Un point intéressant de cette étiologie est relatif à l'influence de la *contagion* et de l'*imitation*, qui sont le facteur prépondérant des *crimes des foules* ; cette question, très étudiée dans ces dernières années, a donné lieu aux importants travaux de psychologie collective des Sighele, des Tarde, des Gustave Lebon, etc.

Le diagnostic, la marche, le pronostic et le traitement des impulsions, sont exposés en quelques paragraphes brefs mais substantiels, où rien n'a été omis de ce qui est essentiel. Enfin,

la médecine légale, dans laquelle les impulsions occupent une si grande place, est étudiée avec une particulière compétence. Toute affaire médico-légale étant une question d'espèce, MM. Pitres et Régis terminent leur travail par la relation d'un certain nombre de rapports médico-légaux, tirés de leur pratique personnelle, et qui sont du plus vif intérêt.

Tel est cet ouvrage considérable, le plus méthodique et le plus complet que nous possédions, à ma connaissance, sur les obsessions et les impulsions. Je me suis efforcé de l'analyser avec une fidélité absolue. J'ai reproduit autant que possible les phrases mêmes des auteurs, afin de rendre plus directement leur pensée. Mais ce que l'inévitable sécheresse d'une analyse ne peut reproduire, c'est l'intérêt profond, le mouvement et la vie qui se dégagent de la lecture de ce livre, écrit presque tout entier sur des documents personnels. Les vues originales y abondent ; de nombreuses observations, disséminées dans chaque chapitre, fixent l'attention et gravent dans la mémoire ce que la description dogmatique aurait pu n'y pas faire pénétrer. Peu d'auteurs étaient aussi bien préparés que l'étaient MM. Pitres et Régis, par de nombreux travaux antérieurs, à cette œuvre de synthèse qui présente tant et de si délicats aspects.

Est-ce à dire que ce livre ne puisse donner lieu à aucune critique, qu'il ne soulève aucune objection ? Parmi les questions de doctrine que comporte un pareil sujet, il en est qui divisent et diviseront longtemps encore aliénistes et psychologues ; l'état actuel de la science autorise et légitime certaines divergences. C'est ainsi que l'on peut faire des réserves sur l'importance exclusive que les auteurs attribuent à l'émotion dans la pathogénie des obsessions : je crois qu'ils ont trop amoindri le rôle de l'intelligence et surtout celui de la *volonté* ; et j'entends par là non la volonté consciente et réfléchie, mais la volonté considérée au sens étendu, comme activité psychologique générale. Le rôle de la volonté ainsi comprise m'apparaît comme primordial dans les états obsédants. Mais c'est là une opinion particulière, et il faut reconnaître que MM. Pitres et Régis ont étayé leur thèse d'arguments solides, et qu'ils la présentent de la façon la plus séduisante.

Je conclus que cet ouvrage doit être désormais entre les mains de tous ceux qui s'intéressent à ces questions si importantes de psychologie morbide.

F.-L. ARNAUD.

Trattato di psichiatria ad uso dei medici e degli studenti (Traité de médecine mentale à l'usage des médecins et des étudiants); par le professeur Leonardo Bianchi, directeur de la Clinique psychiatrique de l'Université royale de Naples. Fasc. I et II avec de nombreuses figures intercalées dans le texte. Naples, 1901 et 1902.

« Si j'ai publié, après de longues hésitations, ce *Traité de Psychiatrie*, c'est que diverses raisons m'y ont poussé dont une des plus puissantes a été l'insistance mise par les étudiants et les médecins à réclamer une œuvre qui fût un reflet de l'état actuel de la science et qui fût italienne. La traduction des ouvrages étrangers se fait tardivement, on le sait; d'autre part la littérature italienne est déjà si riche et nos observations si nombreuses qu'il vaut bien la peine d'en utiliser la meilleure partie. Un livre de propédeutique qui concentre ce qu'il y a de plus important pour concevoir les phénomènes de la vie psychique normale et anormale, qui rassemble, dans les étroites limites qu'il s'est imposées, ce qu'il y a de mieux établi, qui offre à tout chercheur les voies et moyens de s'orienter et de diriger sa propre pensée dans divers sens ne peut avoir la prétention d'utiliser tout le riche patrimoine accumulé dans la littérature de la psycho-pathologie. Combler une lacune maintes fois signalée en écrivant un livre de psychiatrie clinique est le seul objet que je me suis proposé; mais je n'aurais pas fait œuvre louable si je m'étais limité à la description des formes nosographiques des maladies mentales. Le travail serait facile et, jusqu'à un certain point, scholastique, car les auteurs, à part quelques modifications de détail, ne font plus guère que se répéter.

« Aussi ne concevrait-on pas aujourd'hui un livre de psychiatrie, dans cette Italie qui a si largement contribué à l'étude de la physiologie et de l'histologie des centres nerveux, si l'on n'y utilisait pas tous les corollaires qui en découlent pour l'interprétation des phénomènes de la vie psychique. La physiologie du cerveau, élevée sur les solides assises de la morphologie et de l'histologie, constitue aujourd'hui le cœur et les vaisseaux nourriciers de toute œuvre médicale de psychiatrie. C'est pourquoi j'ai jugé utile de donner, avant de décrire les formes psychopathiques, une première partie qui fût le résumé des lois fondamentales de l'évolution de l'intelligence en rapport avec

l'évolution du système nerveux, ainsi que le plan architectural, anatomique et physiologique, du cerveau humain en rapport avec les phénomènes mentaux, des plus élémentaires aux plus complexes, et qui contient la synthèse des plus grandes conquêtes de la biologie dans ce dernier quart de siècle.

« Considérant d'autre part que l'étudiant qui fait ses études suivant les programmes actuels et que le médecin, déjà sorti depuis plusieurs années des bancs de l'université, n'ont guère le moyen d'étudier cliniquement les aliénés, j'ai pensé à faire suivre cette première partie d'une seconde qui serait, à titre d'introduction à la clinique, consacrée à la séméiologie des maladies mentales et s'occuperait de l'examen et de la signification des symptômes élémentaires de ces maladies.

« Le concept physio-pathologique des diverses psychopathies et la description des formes nosographiques formera la troisième partie, la plus importante naturellement, dans laquelle rien ne sera négligé pour que la description soit complète, moins peut-être dans la synthèse générale que dans les variétés, pour la connaissance desquelles j'ai jugé utile de donner un grand nombre d'observations cliniques recueillies dans ce but pendant une très longue période dans les asiles et les cliniques de Palerme et de Naples.

« L'ouvrage, divisé en ses trois parties, formera un volume de 600 pages in-8° environ et sera illustré de nombreuses figures dans le texte. »

C'est à peu près en ces termes, si toutefois j'ai bien rendu la pensée de l'auteur, et s'il veut bien ne pas m'appliquer l'adage souvent trop mérité : *traduttore, traditore*, que le professeur Bianchi présente son ouvrage, et la lecture des deux premières parties que j'analyse aujourd'hui prouve d'emblée qu'il a parfaitement rempli le but qu'il s'était proposé et qu'il a eu raison de se proposer. Il est doux de trouver, dans le flot montant des travaux de toute nature sur le système nerveux et ses manifestations diverses, *rudis indigestaque moles*, un îlot de terre ferme où prendre pied un instant pour s'y reposer quelque peu et retrouver haleine avant de plonger à nouveau dans la tourmente, pour un autre quart de siècle, peut-être.

Mais constatons d'abord, non sans quelque regret, et pour en finir de suite avec la critique, car après cela il n'y aura plus lieu qu'à des louanges, que le mot de *psychiatrie* a décidément fait fortune. Nous l'avons fortement entendu résonner, au dernier Congrès international, à Paris, et le pauvre χ grec qu'il

contient n'avait pas gagné, au point de vue euphonique, à prendre en passant par quelques gosiers le son d'un *ch* éternué bien désagréable. Harmonie à part, on conçoit que le mot est court à écrire et à imprimer, et puis il est grec ! Et s'il est vrai que *ἰατρος φιλόσοφος* est égal aux dieux (*ἰσόθεος*, dit le texte), le *psychiatre*, avec ou sans *ch*, doit leur être au moins supérieur. Après Krafft-Ebing, après Kræpelin, peut-être avant, l'Italie adopte psychiatrie, en conservant heureusement la prononciation originaire : glissez, mortels, n'appuyez pas. A Lyon, en vieux colons latins que nous sommes, nous disons encore *Médecine mentale*, et c'est ainsi que j'ai voulu traduire le titre de l'ouvrage de Bianchi, mais nous avons toujours été et resterons longtemps, je l'espère, des arriérés, à certains points de vue du moins.

Le titre accepté, il faut applaudir sans réserve à l'introduction, écrite en quelques pages magistrales, qui contient l'exposé, résumé avec une concision et une clarté de grande époque, des lois fondamentales de la physiologie nerveuse que l'auteur développe en autant de paragraphes sous les rubriques suivantes : 1° Augmentation progressive des éléments nerveux. 2° Différenciation spécifique histologique et fonctionnelle progressive. 3° Intervention d'un nombre toujours croissant d'éléments nerveux dans le travail commun qui a pour but de fournir des produits de plus en plus complexes et utiles au développement de la conscience. 4° Associations plus intimes entre les éléments nerveux à mesure que s'élève la fonction. 5° Etablissement des hiérarchies fonctionnelles suivant les lois de plus grande aptitude. 6° Mise en réserve de tous les produits de la grande usine cérébrale dans les arsenaux de la mémoire organique qui fournissent consciemment ou inconsciemment la mesure de l'intelligence et le type du caractère. 7° Observation de toutes les lois de la vie organique, y compris celles du temps et de l'espace, c'est-à-dire de toutes les lois cosmiques.

Avec la première partie, on aborde l'étude anatomique du cerveau. Tout le premier chapitre, illustré de nombreux schémas, est d'une clarté limpide, et, après le parcours des provinces anatomiques de l'organe, le fil d'Ariane, tenu par l'auteur, continue à guider le lecteur avec la même sûreté dans le labyrinthe des provinces physiologiques et des voies et centres sensoriels.

Le professeur Bianchi a vraiment extrait des innombra-

bles travaux qu'il a cités et analysés avec une conscience extrême la *substantifique moelle* de notre bon Rabelais, et les étudiants auxquels il dédie son livre, sans compter les maîtres, pourront lui savoir grand gré de leur avoir facilité ainsi et rendu attrayante une étude singulièrement ardue. J'ai, pour ma part, éprouvé à la lecture de cette première partie le même plaisir et la même sensation de soulagement qu'à l'époque déjà lointaine où je m'évertuais pour la première fois, à l'aide des gros traités classiques du moment, à me reconnaître dans l'inextricable lacs des voies bulbaires, et où un compatissant ami m'indiqua comme guide-âne les *cahiers d'anatomie cérébrale* de Fort. Le deuxième chapitre est une vue d'ensemble de la physiologie du cortex : cent soixante-dix pages sont consacrées à ces développements ; elles se lisent avec un charme croissant pour se terminer et se résumer en les lignes suivantes que je ne résiste pas au plaisir de traduire :

« On peut regarder l'écorce cérébrale comme un État à système représentatif, avec un parlement et un gouvernement. Ce parlement cortical serait constitué par les zones de perception qui fournissent chacune au gouvernement central le produit de leur propre travail accompli, avec les matériaux continuellement préparés à l'aide des énergies tirées de la nature par les premiers neurones récepteurs et ganglionnaires. Le gouvernement central serait représenté par les lobes frontaux qui, utilisant les produits élaborés par tous les membres du parlement, dirigent à leur tour le travail législatif pour le plus grand avantage de la personnalité qui évolue dans le milieu ambiant. Et l'on peut pousser la comparaison : le parlement n'est que l'expression des conditions et des activités du peuple qui, dans le système nerveux, est représenté par ces millions de neurones épars ou groupés dans la périphérie sensitive du corps, dans les ganglions, la moelle spinale, le cerveau postérieur, moyen et intermédiaire, dont les produits sont transmis aux centres de perception qui ne font que les transformer et les communiquer au gouvernement...

« Heureux cet État dont les représentants sont l'expression de l'intelligence, des émotions, des besoins, des tendances et des aspirations du peuple et dont le gouvernement utilise, pour ses propositions et ses décisions, les produits élaborés par les membres du parlement ! Et heureux le peuple dont le gouvernement, résumant les qualités et interprétant les besoins, sait utiliser dans une synthèse féconde le travail de toutes les unités

sociales actives pour répandre en retour sur toutes son œuvre bienfaisante. »

Il faut après cela regretter que le professeur Bianchi n'ait pas cru devoir mettre au point de la même façon la question du cervelet.

Il se borne en effet à mentionner les suppositions inspirées par les observations, trop rares encore, de lésions de cet organe et à lui admettre, avec Antonelli, le rôle possible de centre majeur des réflexes. Ainsi qu'il le dit, la question est trop peu avancée pour que, dans un livre comme le sien, il y ait autre chose à faire qu'à souligner simplement le grand problème, et nous ne verrons, dans cette lacune intentionnelle, qu'un excès de modestie et de scrupule scientifique.

Avec la deuxième partie nous entrons dans le vif du sujet : la séméiotique générale des maladies mentales présentée sous la forme heureuse d'un parallèle psycho-physiologique et psycho-pathologique, et nous rencontrons successivement ainsi la psycho-physiologie de la perception, celle de l'attention, de la mémoire, de l'idéation, des émotions et des sentiments, de la volonté et de la conscience qui forment autant de chapitres. Dans chacun de ceux-ci l'étude de la faculté et de la fonction normales est suivie de celle de ses déviations morbides. Il faut signaler tout particulièrement, dans le premier, la physiopathologie des hallucinations, dans le second l'étude de la distraction, dans le troisième celle des amnésies et des hypermnésies, dans le quatrième un paragraphe sur le langage et la pensée, l'association des idées et les délires, dans le cinquième enfin des considérations importantes sur la folie morale et les impulsions. Tous ces grands problèmes qui passionnent la science sont envisagés hardiment, les travaux des auteurs cités avec une richesse bibliographique et une conscience remarquables et des vues souvent neuves et toujours originales, notamment sur le rôle du lobe frontal, sont indiquées à chaque instant avec la sobriété qu'imposaient les limites de l'ouvrage.

J'ai le sentiment qu'une traduction de ce livre serait bien reçue chez nous où les débutants n'ont, comme manuel synthétique à leur disposition, que l'atlas-manuel allemand de Jacob, très riche comme dessins, mais un peu pauvre comme texte et dur à pénétrer dans sa partie physiologique. Même réduit à ses deux premières parties, le travail du professeur Bianchi le compléterait hautement et l'éclaircirait à coup sûr. L'auteur semblait craindre, dans sa préface, de ne pas faire œuvre

louable; or il a fait mieux qu'un bon livre, il a fait une bonne action.

TH. TATY.

Sull' atrofia secondaria indiretta degli elementi nervosi (L'atrophie secondaire indirecte des éléments nerveux. Recherches expérimentales avec une observation d'anophtalmie congénitale chez un chien); par le professeur E. Tanzi. Travaux de la clinique psychiatrique de Florence.

L'étude des localisations cérébrales ne relève plus seulement aujourd'hui de la physiologie expérimentale : l'anatomie générale et comparée, l'anatomie expérimentale, illustrée par les recherches de Gudden, de Ganser, de Forel, de Monakow, de Jelgersma, l'anatomie pathologique, l'anatomie embryologique, enfin, avec la méthode myélogénétique de Fiechsig, démontrent chaque jour avec plus d'évidence l'hétérogénéité de structure et de texture, et partant de fonction des différentes provinces du névraxe, des différents territoires de l'écorce du télencéphale en particulier.

La physiologie, normale ou pathologique, n'est intelligible que par la connaissance de ces structures et de ces textures anatomiques. Les cliniciens, longtemps condamnés à l'étude des symptômes des divers états de l'organisme qu'ils appellent morbides, devront se plier de plus en plus à la considération de l'élément anatomique, constituant les tissus, les organes et les appareils. C'est ce que la plupart ont d'ailleurs fait, convertis aux doctrines des pères de la théorie cellulaire, à celles de la *Pathologie cellulaire* de Rudolf Virchow, le véritable fondateur de la médecine moderne.

Le dernier travail du professeur Eug. Tanzi, dont nous allons donner les conclusions, capitales, selon nous, en ce grand sujet de la science des fonctions du système nerveux central, a porté sur les résultats de l'atrophie secondaire indirecte des éléments nerveux des différents centres primaires et corticaux de la vision. On sait qu'en dépit de l'agénésie ou de la destruction, soit pathologique, soit expérimentale, de la rétine et des nerfs optiques, et de l'atrophie des radiations optiques, on a cité des cas où l'écorce du lobe occipital, et même celle du fond de la scissure calcarine, présentaient des éléments et des prolongements nerveux d'apparence normale. On s'empresse donc d'admettre, en vertu du principe de l'indif-

férence fonctionnelle des neurones corticaux, principe dont Flourens est le père et qu'enseignent encore nombre de neurologistes et de psychologues, qu'un territoire cortical, celui de la vision mentale, par exemple, privé de sa stimulation normale, peut servir à d'autres fonctions, au développement tout au moins et à l'affinement compensateur des sens du toucher et de l'audition chez les aveugles !

Il résulte au contraire des expériences d'exentération unilatérale ou bilatérale des yeux, pratiquées par Tanzi, chez huit lapins et deux chiens, ainsi que d'une observation instituée par le même savant sur un chien anophtalmique, expériences et observation dont les pièces anatomiques, traitées par les méthodes de Weigert, de Marchi, de Nissl, de Cox, sont reproduites en microphotographies, que les causes ou les raisons des différences morphologiques notées dans les centres corticaux de la vision chez des mammifères plus ou moins élevés dans la série s'expliquent désormais avec cette simplicité qui est souvent la marque du vrai.

Et d'abord, pour ce qui a trait aux résultats négatifs de Gudden, expérimentant sur des lapins dont il avait énucléé les yeux (expériences d'ailleurs soumises à une critique très approfondie de Munk, qui en a, selon nous, démontré la faiblesse), Tanzi, qui constate un résultat également négatif, dans les mêmes conditions, se garde bien de tomber dans une erreur assez commune : Si, dit-il, on doit juger de la diversité des fonctions par la différence du substratum organique, rien ne serait moins justifié que de supposer que si le trophisme des cellules visuelles corticales du lapin souffre moins de l'absence des excitations de ce genre, c'est que ces régions de l'écorce sont encore très peu différenciées chez ces mammifères ; « l'écorce visuelle est, chez le lapin, la plus différenciée de toutes les autres régions de l'écorce, si bien qu'il est possible, sur des coupes diversement colorées, de reconnaître leur extension exacte, même à l'œil nu. L'étude que nous avons faite de l'écorce du lapin confirme pleinement ce qu'avait déjà noté Bewan Lewis (1880), à savoir que *dans l'écorce des mammifères lissencéphales les territoires corticaux sont nettement distincts*, tandis que, chez les mammifères gyrencéphales, des transitions graduelles de structure existent d'une zone à l'autre. »

Ramon y Cajal dans son mémoire sur *la structure de l'écorce occipitale* des mammifères inférieurs, et qui a fait en particu-

lier de celle du lapin une étude approfondie avec la méthode de Golgi, enseigne que la zone visuelle occupe presque toute l'étendue de l'écorce occipitale inférieure. Il distingue, de l'extérieur à l'intérieur, les couches suivantes : 1° la *couche moléculaire*, subdivisée en une zonule externe, pauvre en fibres et riche en cellules polygonales, et en une zonule interne, riche en fibres et pourvue de petites cellules fusiformes à expansions cylindraxiles multiples ; 2° une *couche de petites cellules* fusiformes verticales ; 3° la couche des fibres myéliniques moyennes ou *strie de Gennari*, renfermant aussi de petites cellules pyramidales, des cellules fusiformes analogues aux précédentes, des cellules triangulaires à cylindraxe ascendant et des cellules plus grandes, dont les ramifications cylindraxiles sont fort complexes ; 4° la *couche des grandes pyramides* ; 5° la *couche des cellules polymorphes*. Tanzi confirme la netteté de cette stratification sur des préparations au Weigert ou au Nissl.

Les résultats très importants qui ressortent du travail de Tanzi se peuvent résumer ainsi :

Les lésions du système nerveux dans les animaux nouveaux ne peuvent provoquer de dégénération complète que dans les neurones directement atteints par le traumatisme expérimental. Les neurones qui ne soutiennent que des rapports indirects avec les premiers peuvent s'atrophier, non dégénérer : c'est l'*atrophie secondaire indirecte*.

Après une destruction des voies optiques primaires, les voies secondaires s'atrophient ; il n'y a pas d'altération morphologique des éléments nerveux, les cellules sont plus petites, mais leur forme externe et leur structure interne persistent.

Dans les noyaux où se terminent les voies primaires, dans les tubercules quadrijumeaux antérieurs et les corps genouillés externes, l'atrophie considérable, en masse, résulte surtout de l'absence des terminaisons cylindraxiles des neurones primaires détruits. C'est là une *atrophie interstitielle*, à laquelle contribuent aussi les neurones de second ordre, parce que les ramifications dendritiques de ceux-ci, appauvries et réduites, contribuent moins que d'ordinaire à la constitution de la substance grise interstitielle. Ce qui frappe plus encore que l'atrophie cellulaire de ces noyaux, c'est le rapprochement réciproque de ces neurones réduits qui se pressent, en quelque sorte, et semblent de ce fait plus nombreux en un même espace.

L'atrophie indirecte des neurones de *troisième* et de *quatrième* ordre peut du tout manquer, par exemple dans l'écorce visuelle

du lapin dont les yeux ont été énucléés. On ne peut donc conclure que l'absence d'atrophie d'un système de neurones indirectement reliés avec le système affecté directement exclut tout lien fonctionnel entre les deux.

Chez les chiens, l'atrophie des neurones de *troisième* et de *quatrième* ordre, de l'écorce visuelle, présente le même type que celui des neurones de *deuxième* ordre : diminution de volume et rapprochement des éléments cellulaires dont les caractères morphologiques persistent. Seuls l'atrophie interstitielle et le tassement consécutif de ces neurones sont ici, dans l'écorce, moins considérables, parce qu'il n'existe point, comme dans les neurones de second ordre, de destruction des terminaisons intercellulaires.

Il est de tous points inadmissible que, là où manque l'atrophie de l'écorce visuelle, malgré la destruction des yeux, il soit permis d'invoquer une substitution fonctionnelle grâce à laquelle cette écorce acquerrait des fonctions nouvelles et élaborerait d'autres formes de sensibilité. Chez le lapin, où l'écorce visuelle, après l'énucléation des yeux, demeure sans changement en dépit de sa structure des plus différenciées, comment cette écorce pourrait-elle servir à d'autres fonctions sans que ses connexions anatomiques fussent modifiées?

Ce qui a induit en erreur les auteurs d'une supposition aussi étrange, c'est qu'on estime communément qu'un neurone privé de ses stimulations habituelles ne peut demeurer intact; mais cette loi ne paraît pas être générale : tous les neurones ne souffrent pas également de la suppression de ces stimulations; dans certains cas, le *trophisme fondamental de la cellule nerveuse, en tant qu'organisme autonome*, suffit peut-être à conserver l'intégrité de cette cellule, en dépit de la suppression de tout *stimulus*. Ajoutez que si cette suppression a lieu à une époque où le développement anatomique est incomplet et où la cellule nerveuse n'a pas encore déployé ses activités fonctionnelles, le trophisme cellulaire peut suffire à mener à fin le développement du neurone.

L'absence absolue d'atrophie corticale de la zone visuelle chez le lapin, l'atrophie minime chez le chat, l'atrophie manifeste chez le chien et chez l'homme, même après une lésion unilatérale de l'appareil périphérique de la vision, donc par simple diminution des *stimuli* envoyés à l'écorce du lobe occipital, porte à conclure que, chez les mammifères, l'écorce est d'autant plus affectée par cette diminution ou cette abolition

des excitations de la vision que l'animal est plus élevé dans la série.

Ce fait devient plus intelligible si l'on réfléchit que le trophisme cellulaire est une propriété fondamentale de toutes les cellules, tandis que le *trophisme fonctionnel*, résultat de l'exercice d'une fonction spécifique, est une acquisition de la cellule nerveuse, acquisition postérieure dans le temps, et dont les effets doivent par conséquent se présenter avec d'autant plus d'énergie qu'ils apparaissent dans des espèces et dans des organes d'une évolution plus élevée.

Puisque dans aucun cas la suppression des stimulations physiologiques de l'élément nerveux n'est capable de le tuer, mais seulement de l'atrophier, de l'arrêter à une phase inférieure de son développement, il suit que toute cellule nerveuse possède en soi l'aptitude héréditaire à atteindre jusqu'à un certain degré son développement, et cela surtout dans les espèces de mammifères inférieurs. A cette capacité de développement héréditaire vient s'ajouter celle qu'acquiert individuellement la cellule nerveuse du fait de ses *connexions anatomiques* et de l'*activité fonctionnelle qui est la suite de ces connexions*.

Ce développement ontogénique, développement complémentaire, est plus considérable et possède une importance plus grande dans les cellules nerveuses des organismes plus élevés, dont l'écorce cérébrale est plus plastique. Un organe nerveux dont le développement se ralentit ou s'arrête par suite de la suppression de ses stimulations fonctionnelles témoigne ainsi en quelque sorte de lui-même de son haut degré de différenciation physiologique.

La conclusion qui s'impose, c'est que ce qui est vrai des différentes espèces de mammifères considérés doit l'être des divers centres de la vision, et que les ganglions sous-corticaux à fonction réflexe ou automatique doivent être le moins sensibles à la suppression des stimuli, tandis que l'écorce doit en être la plus affectée. Or, après l'énucléation des yeux, l'atrophie est pourtant plus accentuée dans les neurones de second ordre que dans ceux de l'écorce visuelle. La contradiction n'est qu'apparente. Lèse-t-on la voie optique primaire, les centres primaires de la vision, tubercules quadrijumeaux antérieurs, corps genouillés externes, ne souffrent pas seulement de l'absence de stimulations adéquates : les arborisations terminales des cylindres des nerfs optiques n'occupent plus dans ces noyaux la place considérable qu'elles y tiennent normalement, ce qui dé-

termine la diminution de volume de ceux-ci; les dendrites des neurones de second ordre, privés de leur excitant physiologique, s'atrophient comme leur corps cellulaire. Cette atrophie des centres primaires optiques retentit à son tour sur les centres corticaux de la vision mentale, et l'atrophie de ces derniers est bien en raison directe du degré de différenciation physiologique des diverses familles, genres et espèces de mammifères.

1884 Jules Soury.

**Revue des thèses soutenues devant la Faculté
de médecine de Lyon pendant l'année scolaire
1901-1902.**

I. — *L'aliénation mentale chez les prostituées*; par le Dr F. GRAS, Th. Lyon, févr. 1901, 107 p.

Au congrès des aliénistes russes de Moscou, en 1887, M^{me} Tarnowsky (de Saint-Petersbourg) avait fait une intéressante communication sur la « prostitution professionnelle dans ses rapports avec les maladies nerveuses et mentales ».

- La doctoresse présentait des recherches anthropométriques portant d'une part sur 150 prostituées qui étaient depuis plus de trois ans dans les maisons de tolérance et d'autre part sur 150 paysannes russes à peu près du même âge et du même développement intellectuel.

Il résultait de ces recherches que les prostituées d'habitude présentent une diminution d'un demi centimètre dans le chiffre des diamètres principaux du crâne, antéro-postérieur et transversal maximum, comparativement au chiffre moyen des mêmes diamètres chez les paysannes; — que les signes physiques dits de dégénérescence, tels que l'irrégularité du crâne, l'asymétrie de la face, l'anomalie de la voûte palatine, des dents, des oreilles, etc., se rencontrent chez elles dans la proportion de 84 p. 100; — que les antécédents héréditaires de ces femmes abondent en conditions favorables pour une marche anormale du développement et même pour son arrêt complet, car dans la grande majorité des cas (82 p. 100), les parents des prostituées ont été reconnus alcooliques.

Ces conclusions permettaient de croire que les prostituées doivent donner un fort contingent de personnes prédisposées

aux maladies nerveuses et mentales; et cependant dans aucun pays il n'existe de travaux spéciaux ni de données statistiques relatives au nombre des prostituées entrant annuellement dans les maisons d'aliénés.

M^{me} Tarnowsky émettait en conséquence une proposition tendant à faire entrer dans les travaux du Congrès la question de la prostitution et de son importance dans l'étiologie des maladies nerveuses et mentales. Deux ans après, en 1889, l'auteur publiait l'ensemble de ses travaux sous le titre d'*Etude anthropométrique sur les prostituées et les voleuses*, et revenait sur l'intérêt qui s'attache à l'étude de la folie chez ces individualités.

Nous eûmes, au Congrès de Paris, le plaisir de causer avec elle de cet intéressant sujet et de notre intention de faire des recherches sur le point mentionné. Elle voulut bien nous communiquer ses travaux et nous saisissons avec empressement cette occasion de lui en renouveler nos remerciements.

C'est le résultat de ces recherches, faites à l'asile de Bron, dans le service du professeur Pierret, que M. Gras a publié dans sa thèse. Les auteurs avaient noté pour la plupart l'importance de la prostitution comme cause d'aliénation mentale; mais personne n'avait étudié les formes nosographiques présentées par ces malades, et il y avait lieu de voir si les assertions de ces auteurs étaient fondées.

Sur ce point nous avons pu dire qu'à Lyon au moins, la prostitution ne paraît pas fournir un contingent considérable d'aliénées. Pendant une période de 22 années, il n'est entré à l'asile que 42 prostituées, sur 5.137 entrées, soit 1 pour 128 environ; ce qui est loin de la proportion d'un vingtième donnée par Esquirol. Nous n'avons, il est vrai, noté que les prostituées classées administrativement, et non les femmes qui vivent plus ou moins de prostitution cachée sans avoir eu de rapports avec l'administration.

Quant aux formes observées, elles sont par ordre de fréquence :

Les accès d'excitation maniaque,

La paralysie générale,

Les accès de mélancolie avec tendance au suicide; la confusion mentale hallucinatoire.

Exceptionnellement, le délire de persécution systématisé; dans ce cas, il revêt l'allure spéciale du délire systématisé des faibles d'esprit.

Par contre, les idées de persécution apparaissent fréquemment à titre épisodique.

Sauf la paralysie générale, les autres formes se terminent souvent par la guérison.

L'alcoolisme paraît être la cause déterminante de la plupart des accès, surtout des accès maniaques ; vient ensuite la syphilis, qui se traduit cliniquement, de préférence, par la confusion mentale. Elle intervient très probablement comme un facteur important dans les divers cas de paralysie générale observés.

Les prostituées qui deviennent aliénées présentent toutes des stigmates de dégénérescence psychique et d'assez nombreuses malformations physiques.

Enfin, s'il est vrai que toutes les prostituées aliénées sont des faibles d'esprit et présentent fréquemment des tares morales, — si l'on peut admettre que cette catégorie de femmes présente un état mental habituel entaché plus ou moins de ces tares, — cependant les accès de folie *imposant l'internement* ne sont peut-être pas aussi fréquents chez les prostituées que semblent l'admettre les auteurs.

II. — *Vampirisme ; Nécrophilie, Nécrosadisme, Nécrophagie ;* par le D^r A. Epaulard, Th. Lyon, décembre 1901, 102 p.

En fin septembre 1901, l'attention publique fut attirée par la nouvelle de crimes extraordinaires. Un nommé Ardisson, dans un village provençal, avait exhumé des cadavres de femmes au cimetière pour assouvir des désirs lubriques. Le cas de ce vampire rappelait celui du sergent Bertrand, et M. Lacassagne a engagé l'auteur à faire une étude d'ensemble des cas de ce genre de perversion sexuelle sur laquelle les ouvrages médicaux sont assez sobres de détails.

Parmi les principales observations exposées en détail dans cette intéressante thèse, citons celles de Blot, d'Ardisson (personnelle et très complète), de Bertrand, de Diaz de Garayo, et la relation des crimes de Jack l'éventreur. Le chapitre *Nécrophagie* est une addition utile et peu connue aux cas de vampirisme sexuel, l'auteur pensant que dans certains cas l'instinct sexuel se dévie vers la faim et que le nécrophagisme semble être le point extrême du vampirisme.

La thèse se termine par un essai de classification des perversions sexuelles et une étude médico-légale du vampirisme sexuel, concluant à la nécessité d'une expertise médico-légale

dans tous les cas de ce genre, la responsabilité du coupable n'y étant jamais totale.

TH. TATY.

Della clinoterapia nelle malattie mentali (Du traitement par le lit dans les maladies mentales); par le D^r Tonoli, médecin adjoint de l'asile de Brescia. Ferrare, 1900.

De tout temps et pour toutes les maladies, l'alitement fut regardé comme un moyen thérapeutique essentiel, élémentaire; les psychoses n'échappaient point à cette règle générale et, en particulier, il semble que vers le v^e siècle, déjà, Coelius Aurelianus soumettait à cette méthode les déments surexcités. Plus récemment, pour invoquer des données moins douteuses, Guislain, Conolly, Griesinger, puis Playfair, Séguin, Parchappe, Cullerre, Chaslin reprirent la question et expérimentèrent le procédé sur diverses expressions morbides, chacun l'appliquant et le préconisant, soit dans une catégorie restreinte d'affections, soit dans une période toujours identique de la maladie. Le traitement, du reste, n'était encore, dans certains pays du moins, ni systématique, ni exclusif, ni continu; l'Allemagne devait, la première, entrer dans cette voie, où la suivirent successivement la Suisse, la Russie, l'Angleterre, l'Autriche et la France; l'Italie semble, jusqu'à ces dernières années, être restée en dehors du mouvement; de là, l'étude de M. Tonoli.

Il est d'usage, à peu près dans tous les asiles d'outre-mont, de baigner, à l'admission, chaque malade et de l'aliter durant quelques jours, en même temps que de le soumettre à une surveillance continue; il suffisait donc d'étendre cette mesure, tout au moins en durée, pour instituer dans des conditions très favorables une expérience de clinothérapie. Le quartier d'observation, choisi pour la circonstance, consiste en une suite de pièces, hautes, bien éclairées, contenant six à dix lits chacune, situées au rez-de-chaussée et entourées de parterres et de cours. La salle centrale, dite de surveillance permanente, est occupée par une gardienne, au moins. Ce groupe de locaux possède en particulier des latrines, lavabos, bains, etc., ainsi que des logements pour le service inférieur et pour l'inspectrice; nous sommes dans une section de femmes.

Différents types morbides furent soumis au traitement. L'auteur les passe en revue et fournit sur les résultats obtenus

nus et les incidents cliniques notables, des détails assez complets. Il serait trop long de les rapporter ici ; nous nous bornerons à en donner le résumé qui est, en même temps, celui de l'opuscule même.

L'alitement, envisagé comme moyen thérapeutique à l'endroit des maladies mentales, mérite, somme toute, d'être pris en considération ; pour en obtenir des succès, il sied, néanmoins, de l'appliquer avec discernement et prudence, cas à cas et sur des indications précises, interrompant, alternant et suspendant son cours dès que surgit le moindre inconvénient. Chez certains sujets s'observent, en effet, par exception à la règle générale, un amaigrissement, une anémie, une débilitation dont rien ne triomphe si ce n'est l'interruption du traitement ; d'autres font des escarres ; certains vont jusqu'à l'ankylose permanente, surtout aux membres inférieurs. Le mémoire relate même une patiente, améliorée mentalement, mais demeurée totalement infirme à la suite d'une « cure de lit ».

Pathologiquement, il convient de restreindre la clinothérapie :

I. Aux seules psychoses aiguës maniaques ou dépressives, avec exclusion de ces mêmes formes à caractère dégénératif, de l'hypocondrie et des états anxieux.

II. A la confusion mentale (amentia) dans la phase aiguë, les stades ultérieurs ne réservant guère que des insuccès.

III. A certains cas de psycho-névroses hystériques et neurasthéniques : l'hystérie pure à forme convulsive et la neurasthénie grave, de préférence.

Quant à la technique, on peut en dire que :

I. Elle introduit des modifications heureuses dans le milieu manicomial, par l'obligation qu'elle impose, notamment, d'une hygiène plus stricte, mieux entendue : aération large, température constante, propreté rigoureuse.

II. Pour la mettre convenablement en œuvre, il conviendrait d'abandonner beaucoup de vieux asiles et de modifier les nouveaux, l'application du système exigeant une distribution particulière des locaux et leur emplacement au rez-de-chaussée.

III. Elle ne permet pas l'abandon total des cellules, ni celui des sédatifs, des hypnotiques, des bains, de l'isolement, etc.

IV. Elle induit en dépenses plus fortes : 1° par un changement de linge beaucoup plus fréquent ; 2° par la température qu'elle exige ; 3° par l'augmentation du personnel médical et surveillant.

V. En cas d'encombrement, la « cure de lit » permettrait de gagner quelques places.

E. NICOLAU.

Storia parlamentare dello stanziamento di cento mila lire per la cura della pellagra (Histoire parlementaire du crédit de 100.000 francs destiné à combattre la pellagre); par le D^r Antonini, directeur de l'asile provincial de Pavie en Voghera. Florence, 1900.

La pellagre est essentiellement le mal endémique de l'Italie; on peut évaluer à cent mille individus le chiffre des malheureux qui, dans la péninsule, pâtiennent de cette affection.

Depuis une dizaine d'années, cependant, le vote du budget de l'agriculture soulève à la Chambre législative de nombreuses discussions, précisément au sujet de la pellagre; malheureusement, « si de nombreuses et belles paroles y sont prononcées en faveur des classes agricoles, si des peintures émouvantes y sont tracées des pénibles conditions où végète la population pellagreuse, on n'a su, pratiquement, faire mieux que d'ouvrir un crédit ridiculement mesquin pour atténuer une si grande calamité ». C'est en vain que, chaque année, des orateurs animés de sentiments philanthropiques ont demandé l'élévation de l'allocation figurant au budget; après de longs débats, après des harangues aussi pressantes que véridiques, la situation restait à peu près la même, le gouvernement ne pouvant élever les sommes prévues et ne jugeant pas opportun d'augmenter les ressources d'un chapitre médiocre par diminution de tel autre plus florissant, mais d'intérêt moindre.

C'est ainsi que, le 9 juin 1891, l'article 27 du budget italien (classes agricoles, pellagre, etc.) était voté sur le pied de 30.000 francs, alors que 100.000 étaient demandés comme indispensables. Même demande en 1892; somme accordée: 45.000 francs; 1893, à son tour, voyait se formuler une proposition identique et visant le même chiffre: le crédit fut cette fois, porté à 58.000 francs; il resta tel en 1894, mais, en 1895, il retombait à 48.320 francs, en dépit d'un amendement signé de seize députés favorables à l'élévation préindiquée, et demeurait au même point, quoi qu'on fit, en 1896, 1897 et 1898. En 1899 seulement, sur les instances effectuées auprès du ministère par les commissions provinciales réunies en Congrès à Padoue,

les prévisions budgétaires atteignirent environ 90.000 francs, somme encore faible, mais approchant du nécessaire : il avait donc fallu dix ans de luttes pour obtenir un résultat appréciable. D'une semblable constatation, l'auteur tire cet enseignement qu'on ne doit pas attendre de ce côté le remède à l'endémie pellagreuse, mais bien d'un autre moyen d'action : la législation sociale.

E. NICOLAU,

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Les auto-accusateurs au point de vue médico-légal ; par le D^r Ernest Dupré. Rapport présenté au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Grenoble. 150 pages in-8°. Grenoble, 1902.

— La mimique ; par Edouard Cuyer. 1 vol. in-18 (366 p.) de la *Bibliothèque internationale de psychologie expérimentale*. Paris, Octave Doin, 1902.

— Sul potere antitossico del siero di sangue dei pellagrosi guariti ; par les D^{rs} G. Antonini et A. Mariani. 13 pages in-8°. Extrait de la *Gazzetta medica italiana*, 1902.

— Les migraines et leurs rapports avec les états épileptiques et délirants ; par le D^r Edmond Cornu. 167 pages in-8°. Thèse de Lyon, 1902.

— Opere complete del D^r Serafino Biffi. Tome I. Fisiologia e Fisiopatologia sperimentale. Tome II. Psichiatria (Clinica psichiatrica e antropologia patologica). Tome III. Psichiatria (Tecnica manicomiale). Tome IV. Riformatori pei giovani. Tome V. Psichiatria forense e discipline carcerarie. 5 vol. in-8°. Milano, Ulrico Hoepli, 1902.

— Le caractère ; par P. Malapert, 1 vol. in-18 (305 p.) de la *Bibliothèque internationale de psychologie expérimentale*. Paris, Octave Doin, 1902.

— Twenty-third annual Report of the managers of the Binghamton State hospital at Binghamton, N. Y., to the State commission in Lunacy for the year ending september 30, 1901. 72 pages in-8°, Albany, 1902.

— La guérison de la morphinomanie sans souffrance ; par le D^r Oscar Jennings. Traduit de l'anglais par Albert Ball. 1 vol. in-18, cart. à l'anglaise, de 232 pages. Paris, A. Maloine, 1902.

— Association mutuelle des médecins aliénistes de France.

Compte rendu annuel, par M. Giraud, secrétaire, 8 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologique*, juillet 1902.

— Forty-second annual report of the medical superintendent of the Matteawan State hospital, Matteawan, N. Y., for the year ending september 30, 1901. 66 pages in-8°, s. l. n. d.

— De la démence précoce chez les jeunes gens; par le Dr Fr. Meens, médecin à la colonie de Gheel. 87 pages in-8°. Gand, 1902.

— Atavisme psychique et paranoïa; par le prof. Nina-Rodrigues, de Bahia. 32 pages in-8°. Extrait des *Archives d'anthropologie criminelle*. Lyon, Storek et C^{ie}, s. d.

— Definition of progressive paralysis; its differenciation from similar forms of disease; par le prof. Wladimir Tschisch, de Dorpat. 11 pages in-8°. Extrait du *Journal of mental pathology*, juillet 1902.

— Asile de Dijon. Rapport médical, compte moral et administratif présenté pour l'année 1901 par le D. Garnier, directeur-médecin en chef. 89 pages in-8°. Dijon, 1902.

— Un miracolo della madonna; par le Dr Pieraccini. 7 pages in-8°. Extrait de l'*Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale*. Vol. XXIII, fasc. II, III.

— Sixth annual report of the managers of the Manhattan State Hospitals at New-York to the State Commission in Lunacy, for the year ending September 30, 1901. 105 pages in-8° avec planches. Albany, 1902.

— Sui progressi della psichiatria, della neuro-patologia e della tecnica manicomiale. Relazione all' XI Congresso della Società freniatria in Ancona; par les Drs G. Seppilli et R. Tambroni. 111 pages in-8°. Reggio-Emilia, 1902.

— Note sur l'influence des rapports des sons sur le travail (de la seconde mineure la-si bémol et des intervalles successifs jusqu'à l'octave); — Note sur l'influence de certaines tonalités majeures et mineures sur le travail; — Note sur l'influence sur le travail des tonalités majeures étudiées par séries alternantes, etc.; par Ch. Féré et Marie Jaëll. 20 pages in-8°. Extrait des *Comptes rendus de la Société de Biologie*, séances de juillet 1902.

— L'assistance familiale des épileptiques. Rapport présenté au Congrès international de l'assistance des aliénés, par le Dr Paul Masoin. 11 pages in-8°. Anvers, 1902.

— Ulteriore contributo allo studio delle leggi che regolano la ereditarietà psicopatica; par le Dr Pieraccini. 4 pages in-8°. Extrait des *Atti dell' XI Congresso Freniatico*, 1901.

— L'internement des aliénés criminels; par le Dr Alombert-

Goget, médecin-adjoint de l'asile de Bron. 207 pages in-8°. Lyon, 1902.

— De l'hospitalisation des délirants ; par le D^r P. Ladame. 5 pages in-8°. Extrait de la *Revue médicale de la Suisse romande*, septembre 1902.

— Cinquantenaire de la Société médico-psychologique (1852-1902). 169 pages in-8°. Paris, Masson et C^{ie}, 1902.

— L'assistance familiale des aliénés. Colonie de la Seine à Levet (Cher) ; par le D^r J.-P. Medici. 47 pages in-8°. Clermont (Oise), imprimerie Daix frères, 1902.

— Historique de la paralysie générale ; par le D^r Martial Vignaud. 137 pages in-8°. Thèse de Paris, 1902.

— Psychopathologie légale. Tome I. La psychologie criminelle ; par le prof. Paul Kovalewsky. 1 vol. in-8° de 364 pages. Paris, Vigot frères, 1903.

— Contribution à l'histoire de l'enseignement des sourds-muets ; par le D^r A. Regnard. 78 pages in-8°. Paris, L. Larose, 1902.

— The seventy-fifth annual report of James Murray's royal Asylum, Perth. 57 pages in-8°. Perth, 1902.

— L'Assistance familiale aux aliénés ; par Emile Mahé. 36 pages in-8°. Extrait de la *Revue de l'Assistance publique*, s. d.

— Guérison des défauts de prononciation (Application pratique de la phonétique expérimentale) ; par Ad. Zünd-Burguet. 27 pages in-12. Paris, s. d.

— Education, traitement et assistance des enfants anormaux ; par le D^r A. Courjon. 16 pages in-8°. Meyzieux (Isère), 1902.

— Psychopathological Researches. Studies in mental dissociation ; par les D^{rs} Boris Sidis, William White et George Panker. 1 vol. in-8° (cart. à l'anglaise) de 329 pages avec planches. New-York, C.-E. Stechert, 1902.

— Report of a case of dementia præcox ; par le D^r William Rush Dunton. 7 pages in-8°. Extrait de l'*American journal of the medical sciences*, numéro de janvier 1902.

— A case of Huntington's chorea with autopsy ; par le D^r Glanville Y. Rusk. 20 pages in-8° avec planche. Extrait de l'*American journal of insanity*, 1902, n° 1.

— Some points in the diagnosis of dementia præcox ; par le D^r William Rush Dunton. 9 pages in-8°. Extrait de l'*American journal of insanity*, 1902, n° 1.

— Les tics et leur traitement ; par les D^{rs} Henry Meige et E. Feindel. 1 vol. in-8° de 633 pages avec une préface du prof. Brissaud. Paris, Masson et C^{ie}, 1902.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

— *Décret du 12 janvier 1903* : Sur la proposition du président du Conseil, ministre de l'Intérieur et des Cultes, sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

M. le D^r RÉMOND (Antoine), professeur de la clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Toulouse (Haute-Garonne), 20 ans de pratique médicale;

M. RAOUL (François-Guillaume-Dominique-Alphonse), directeur de l'asile d'aliénés de Bron, membre du Conseil général des Hautes-Pyrénées de 1879 à 1881. De 1881 à 1890 : sous-préfet de Saint-Girons, secrétaire général des Côtes-du-Nord, sous-préfet d'Oloron et de Brive. Inspecteur de service des enfants assistés du département de la Seine de 1891 à 1898. Directeur des asiles d'aliénés de Montdevergues en 1898, et de Bron en 1899; 24 ans de services.

— *Décret du 14 janvier 1903* : Sur la proposition du ministre de la Guerre, est nommé chevalier de la Légion d'honneur, M. le D^r RÉGIS (Jean-Baptiste-Joseph-Emmanuel), chargé du cours des maladies mentales à la Faculté de médecine de Bordeaux, médecin-major de 1^{re} classe de l'armée territoriale, affecté dans le 18^e corps d'armée; 26 ans de services.

— *Arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts du 6 février 1903* : Est nommé officier de l'Instruction publique, M. GUILLOT (Maurice), directeur de l'asile clinique Sainte-Anne, à Paris;

Sont nommés officiers d'Académie, MM. les D^{rs} COMAR (Pierre-François-Gaston), médecin de la maison de santé de La Glacière, à Paris; DUBOURDIEU (Victor-Charles), médecin-adjoint de l'asile de Pau; LALANNE (Gaston), médecin de la Maison de santé du Bouscat (Gironde); PETRUCCI, délégué cantonal, médecin-directeur de l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire); M. CUVELLIER (Omer-Charles-Auguste), directeur, et DENNIEL (Emmanuel-Jean-Baptiste), receveur de l'asile de Saint-Méen, près Rennes.

— *Arrêtés de janvier 1903* : M. le D^r COSSA, médecin-adjoint de l'asile de Marseille, nommé médecin-inspecteur du service des aliénés du département des Alpes-Maritimes, est maintenu dans ses fonctions de médecin-adjoint des asiles pu-

bliques d'aliénés et conserve son rang pour être nommé, ultérieurement, médecin en chef;

M. le D^r ALLAMAN, médecin-adjoint de l'asile de Blois, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Marseille;

M. le D^r MERCIER, déclaré admissible au concours d'adjuvat (novembre 1902), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Pierrefeu (Var), en remplacement de M. Pelletier, nommé précédemment à l'asile de Marseille;

M. le D^r MARCHAND, médecin-adjoint de l'asile de Bailleul (Nord), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Blois;

M. le D^r BÉCUE, médecin-adjoint de l'asile de Lafond (Charente-Inférieure), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Bailleul;

M. le D^r CAPGRAS, déclaré admissible au concours d'adjuvat (novembre 1902), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Lafond;

M. le D^r BONNE, médecin-adjoint de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), est promu à la première classe de son grade (3.000 fr.).

NÉCROLOGIE

D^r FEBVRÉ. — Nous avons le douloureux regret d'annoncer la mort du D^r Febvré, décédé le 6 janvier 1903, dans sa cinquantième année, à la suite d'une courte maladie.

Alphonse-Marie-Camille Febvré naquit le 17 février 1853, à Vic-sur-Seille (Meurthe), dans cette partie de la Lorraine qui fut, depuis, annexée à l'Empire d'Allemagne. Il fit ses études médicales à la Faculté de Nancy et devint interne de l'asile de Maréville. Nommé médecin-adjoint de l'asile de Montdevergues en 1882, il y resta jusqu'en 1887. Au mois de mars de cette année, il obtint le poste de médecin-adjoint des asiles de la Seine, et au mois de février de l'année suivante, il fut nommé médecin en chef de l'asile de Ville-Évrard où il resta jusqu'à sa mort.

Febvré, qui était un clinicien sagace et instruit, publia un grand nombre de faits intéressants observés dans son service. En collaboration avec son ami, le D^r Picqué, le savant chirurgien en chef des asiles d'aliénés de la Seine, il publia toute une série de travaux relatifs aux maladies des organes génitaux des femmes aliénées et sur leur retentissement sur le cerveau. Ces mémoires d'un réel intérêt ne passèrent pas inaperçus et méritent à tous égards d'être consultés. On doit regretter que notre regretté confrère n'ait pas eu le temps et le loisir de nous donner un travail d'ensemble sur cette importante question.

Febvré était l'esclave du devoir; il faisait son service avec une régularité et une ponctualité rares, s'occupant de tout avec

un soin méticuleux : rien ne lui échappait. Nature excellente, d'une bonté extrême, il faisait du bien autour de lui, sans se lasser, se sacrifiant en quelque sorte à tous. On ne pouvait l'approcher sans l'aimer, car on trouvait en lui un de ces hommes exceptionnels, au cœur loyal et franc, à l'intelligence ouverte, dont on est heureux et fier de devenir l'ami. Aussi notre regretté collègue laissera-t-il de profonds et durables regrets.

Ses obsèques eurent lieu le jeudi 8 janvier au milieu d'un concours vraiment exceptionnel d'amis, de collègues, d'habitants du pays où lui, étranger, avait su se faire estimer et aimer ; elles furent en réalité une imposante manifestation de douloureuse sympathie qui laissera à tous ceux qui y assistèrent le plus durable souvenir.

De nombreux discours furent prononcés sur sa tombe. Nous reproduisons les deux suivants prononcés, l'un au nom du corps médical des asiles de la Seine, l'autre au nom de la Société médico-psychologique.

Discours de M. le D^r LEGRAIN, au nom des médecins des asiles de la Seine.

Messieurs,

Cette tombe ne se refermera pas sans que les médecins des Asiles de la Seine, s'exprimant par ma bouche, n'aient donné un suprême témoignage d'amitié à celui qui n'est plus.

J'ai dit amitié, Messieurs, car c'est uniquement des qualités du cœur que je veux parler en de très courtes paroles ; j'ai dit amitié, car c'est uniquement un élan d'affection réelle et sincère qui nous réunit ici, faisant cortège à un homme dont nous étions la seule famille. C'est bien une perte que chacun de nous ressent personnellement ; c'est plus qu'un membre de la famille médicale qui s'en va ; il nous semble, il me semble surtout à moi-même, qui tant de fois ai mis sa bonté à l'épreuve, que c'est une partie de nous-mêmes qui nous quitte.

Ami, Messieurs, Febvré le fut dans toute la force du terme, et dans la foule qui se presse ici, émue et reconnaissante, il est peu de personnes qui n'aient eu l'occasion de l'apprécier. D'une nature réservée, aimant la solitude où il vivait de rien, fuyant les distractions, il avait concentré, on peut le dire, tous ses sentiments affectifs sur les malades de son service, où il était adoré. On peut dire que tout tendait chez lui au bien-être de ses malades. S'il fut, comme médecin d'asile, la ponctualité et la régularité mêmes, s'il poussa le devoir jusqu'à se priver du légitime repos, c'est moins à la pensée étroite d'être le modèle des fonctionnaires qu'il cédait qu'à celle de ne point

faire pâtir ses malades de son absence. Que de fois l'avons-nous vu partir, enfin résolu à se reposer, et revenir subitement, comme au bercail, anxieux, respirant d'aise seulement quand il avait repris sa place dans sa solitude habitée, à laquelle décidément il ne pouvait s'arracher.

L'amitié, vous le voyez bien, Messieurs, Febvre l'a poussée jusqu'à l'abnégation.

Ici même, dans cette commune dont il fut, sans autre ambition que le bien public, un des meilleurs administrateurs, c'est encore l'homme au cœur généreux, à la main toujours mais discrètement ouverte, que nous retrouvons. Des miséreux, il était le secours; des affligés il était l'ami et le consolateur; des malades aussi qui de tous côtés réclamaient ses soins, il fut toujours le conseiller aussi assidu que désintéressé.

Il fut de ceux dont on use jusqu'à en abuser. Et jamais de lassitude dans le dévouement! Ce n'est point sans une douce ironie qu'on faisait parfois allusion à des appels obsédants pour lui. Jamais il ne se déroba. Sa bonté native lui avait fait réaliser, dans l'exercice de notre profession, la beauté du sacerdoce. Médecin, il le fut par la science, mais il le fut surtout par le cœur, et, le proclamer bien haut, est de tous les éloges celui, j'en suis sûr, qui rencontrera le plus d'écho.

Se dévouer à tous sans compter fut sa seule ambition; c'était sa manière d'être. à cet homme qui vivait dans la retraite. Personne ne fut plus serviable; attentif aux moindres désirs, il n'avait qu'une jalousie, celle d'arriver bon premier pour être utile. Et les services rendus ne se comptent plus. Sous les formes les plus diverses, sa générosité, sa bienfaisance se manifestaient. C'était un cœur toujours vibrant dont j'ai maintes fois, dans une intimité qui ne se remplace pas, recueilli les épanchements. Approcher cet homme était un gain moral inappréciable; il se dégageait de lui comme un rayonnement de bonté communicative. On avait le désir de l'égaliser. Et ceux qu'il a rendus meilleurs par son contact, ceux dont il a apaisé parfois les ressentiments, dans un perpétuel besoin de paix et de conciliation, peuvent seuls dire les trésors de bonhomie, de parfaite mansuétude que recélait ce cœur qui ne vibre plus.

Mourir jeune encore en laissant une telle réputation, ce n'est point mourir, n'est-il pas vrai, Messieurs? C'est revivre incessamment dans le bien qu'on a fait. Febvre est un emblème qui défiera tous les oublis. Cette maison de Ville-Evrard qu'il avait faite sienne depuis si longtemps, est à jamais pleine de sa mémoire.

Pour nous, médecins des asiles de la Seine, parmi lesquels il n'a compté que des amis, il restera un bel exemple de ce que peut un homme simple et modeste. Il a su unir les vertus du

vrai citoyen républicain et libre-penseur aux mérites professionnels les plus indiscutés. Il était complet à cet égard, nul ne le conteste. C'est un legs dont nous pouvons être légitimement fiers. Recueillons-le précieusement, Messieurs, et faisons-en notre profit, c'est le meilleur gage que nous puissions donner à la mémoire de notre regretté ami.

La perpétuité de son souvenir sera assurée si nous voulons être ce qu'il a été.

Discours de M. le D^r ANT. RITTI, au nom de la Société médico-psychologique.

Messieurs,

J'ai la douloureuse mission d'adresser, au nom de la Société médico-psychologique, un dernier, un suprême adieu, au collègue excellent qu'une mort implacable et cruelle enlève prématurément à ses malades qu'il entourait de ses soins si dévoués, à ses nombreux amis qui avaient pour lui l'estime et l'affection la plus vive.

Febvre faisait partie de notre Compagnie depuis le 25 février 1889, depuis près de quatorze ans. Lorsqu'il se présenta à nos suffrages, il avait déjà un passé professionnel et scientifique des plus estimables. Lorrain d'origine, il avait débuté dans la carrière de la médecine mentale comme interne de l'asile d'aliénés de Maréville. Dès qu'il eut soutenu sa thèse de doctorat, il fut nommé médecin-adjoint de l'asile de Montdevergues, où il resta pendant cinq ans et y rendit les plus grands services pendant l'épidémie de choléra de 1884 qui sévit cruellement sur la population de ce grand établissement. Ces services furent dignement récompensés par une médaille d'or.

Quelques années après, Febvre fut nommé médecin-adjoint des asiles de la Seine, et, enfin, en 1888, il parvint au sommet de notre hiérarchie comme médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, où il passa les années les plus heureuses et les plus fécondes de sa trop courte existence, tout entier au labeur quotidien que la maladie et la mort devaient seules interrompre.

A la tête d'un important service de femmes, notre distingué collègue, dont le savoir médical était très étendu, et non moins grande la sagacité clinique, eut l'occasion de constater la fréquence des affections gynécologiques chez ses malades. Avec la collaboration si dévouée de notre ami le D^r Picqué, le savant chirurgien des asiles de la Seine, il soumit ces infortunées à un traitement méthodique et approprié. Il eut la bonne fortune de voir plusieurs d'entre elles guérir, grâce à cette bienfaisante intervention chirurgicale, non seulement de leur maladie locale,

mais encore des troubles intellectuels et moraux qui avaient nécessité leur séquestration. Ce parallélisme de l'évolution de la lésion des organes génitaux et de l'affection mentale, n'était-ce pas la théorie de la folie sympathique, tant combattue jadis, et revenant en honneur après un ostracisme injustifié? MM. Febvre et Picqué n'y contredisaient pas; mais ils donnaient à ce type morbide une extension moindre que leurs prédécesseurs et, ce qui importe surtout, ils apportaient en faveur de leur thèse des faits cliniques d'une précision telle qu'ils entraînent la certitude.

Cette question de la folie sympathique, reprise à l'aide de faits nouveaux, rajeunie en quelque sorte, Febvre semblait l'avoir faite sienne, elle le préoccupait et il la poursuivait sans cesse. Ces recherches patientes et ces longues méditations ne pouvaient manquer d'aboutir à une de ces savantes monographies, qui marquent une étape de la science, si la maladie et la mort, se mettant à la traverse, n'étaient venues interrompre un travail si heureusement commencé.

Febvre, très assidu à nos séances, y prenait volontiers la parole sur les sujets les plus divers. Toutes ses communications portent la marque de ce solide bon sens, produit du terroir natal où l'utopie et la chimère ne prennent pas racine. La franchise de ses opinions et la netteté avec laquelle il les exprimait lui attiraient la sympathie de tous, même de ses adversaires.

C'est que notre regretté collègue était une âme droite et loyale. Cette loyauté et cette droiture, il les portait dans tous les actes de sa vie, dans ses devoirs professionnels comme dans ses relations avec ses confrères. Aussi s'était-il acquis l'estime et l'affection de tous ceux qui l'approchaient; on aimait son parler franc, sans arrière-pensée, et, nous pouvons ajouter, sans amertume, car il ne se répandait jamais en critiques bien vives, même contre ceux dont il avait le plus à se plaindre.

Quoique d'une apparence robuste, Febvre était depuis de longues années miné par la maladie. Il supporta courageusement les plus cruelles souffrances, et, lorsqu'il vit la mort s'approcher, il la regarda en face, vaillamment, sans défaillance, comme un terme à ses maux.

Adieu, Febvre, adieu, mon cher collègue et ami, adieu.

PROFESSEUR DE KRAFFT-EBING. — Le professeur de Krafft-Ebing, décédé le 22 décembre 1902, à l'âge de soixante-deux ans, était un des aliénistes les plus distingués de l'Allemagne. Il fut successivement médecin-assistant à l'asile d'Illena (Grand-Duché de Bade), professeur de psychiatrie, d'abord à Graz, en Styrie, puis à l'Université de Vienne. Ses travaux

et publications sont universellement connus. Trois de ses œuvres, rapidement devenues classiques, ont été traduites en français : ce sont le *Traité clinique de psychiatrie*, la *Médecine légale des aliénés*, et la *Psychopathia sexualis*.

Dans le courant de l'année dernière, ses collègues de Vienne fêtèrent sa trentième année de professorat et, selon une coutume fort en honneur dans les pays de langue allemande, publièrent à cette occasion un volume de mémoires, dédié au collègue, au maître, qui allait descendre de sa chaire pour prendre sa retraite, retraite prématurée, mais nécessitée par la maladie. Notre savant collègue souffrait, en effet, depuis quelques temps, d'une néphrite grave qui devait l'emporter quelques mois après cette manifestation si sympathique.

Krafft-Ebing était, depuis 1867, membre associé étranger de la Société médico-psychologique ; il s'intéressait particulièrement aux travaux de médecine mentale publiés en France et il les connaissait bien, ainsi que le prouvent ses ouvrages. Il faut d'ailleurs lui rendre cette justice, c'est que s'il s'en inspirait souvent, il leur faisait l'honneur de les citer.

En 1900, au Congrès international de médecine, il avait accepté de faire, pour la section de psychiatrie, un des rapports sur la question de médecine légale : « Les perversions sexuelles, obsédantes et impulsives au point de vue médico-légal ». Ce rapport, il le rédigea et l'envoya ; mais la maladie l'empêcha de venir le présenter lui-même, et il chargea de ce soin son distingué collègue de l'Université de Vienne, M. le professeur Oesterleiner.

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine a tenu sa séance publique annuelle, le mardi 23 décembre 1902, sous la présidence de M. Richet.

Notre distingué collègue, M. Magnan, a prononcé l'éloge de Baillarger. Il a retracé en termes élevés la vie si bien remplie de notre regretté maître. Cette notice excellente, par la forme et par le fond, a sa place marquée en ce journal ; nous nous faisons un devoir de la reproduire en tête même de ce numéro, convaincu que tous les lecteurs des *Annales* nous en sauront gré.

Parmi les nombreux prix distribués par l'Académie, nous relevons les suivants décernés à des travaux sur la pathologie mentale et nerveuse :

PRIX BAILLARGER. — 2.000 francs. — Trois mémoires ont été présentés.

Le prix est décerné à MM. les D^{rs} Pactet, médecin à l'asile de Villejuif, et H. Colin, de Paris : *Les aliénés dans les pri-*

sons. — *Les aliénés devant la justice. (Aliénés méconnus et condamnés.)*

PRIX CHARLES BOULLARD. — 1.200 francs. — Deux mémoires ont été présentés.

Le prix est décerné à M. le D^r P. COLOLIAN, de Paris : *L'hypocondrie dans les folies et névroses (étude clinique et thérapeutique).*

PRIX MATHIEU BOURCERET. — 1.200 francs. — Trois mémoires ont été présentés.

Le prix est décerné à M. le D^r Em. CAVAZZANI, professeur à l'Institut de physiologie de l'Université de Ferrare : *Le centre vasodilatateur des vaisseaux cérébraux.*

PRIX CIVRIEUX. — 800 francs. — Questions : *Des diverses formes de la démence.* Deux mémoires ont été présentés.

Le prix n'est pas décerné. L'Académie accorde des mentions honorables à : M. le D^r A. MARIE, médecin en chef des asiles publics de la Seine; M. le D^r JACQUEMART, de Paris.

PRIX DESPORTES. — 1.300 francs. — Dix mémoires ont été présentés.

Une récompense de 300 francs est accordée à M. le D^r J. VIRES, de Montpellier : *Maladies nerveuses, diagnostic, traitement.*

PRIX FALRET. — 700 francs. — Question : *Des somnambulismes.* Pas de mémoire présenté.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 3.000 francs. — Quatorze mémoires ont été présentés.

Le prix est décerné à M. le D^r Raymond CESTAN, de Paris : *Le syndrome de Little, sa valeur nosologique, sa pathogénie.*

L'Académie accorde en outre : Une première mention honorable à M. le D^r VIRES, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier : *Thérapeutique des syndromes épileptiques basée sur les indications*; — Une deuxième mention honorable à M. le D^r Alexandre PARIS, médecin en chef du service des femmes de l'asile d'aliénés de Meurthe-et-Moselle, à Maréville : *Epilepsie. Pathogénie. Indications thérapeutiques. Contribution à l'étude de la physiologie du corps thyroïde.*

PRIX LABORIE. — 5.000 francs. — Huit mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix à M. le D^r JABOULAY, agrégé, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon : *Chirurgie des centres nerveux, des viscères et des membres.*

PRIX LEFÈVRE. — 1.800 francs. — Question : *De la mélancolie.* — Pas de mémoire présenté.

PRIX HENRI LORQUET. — 300 francs. — Un seul mémoire a été présenté.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde la

somme de 300 francs à titre d'encouragement à M. le Dr Eugène-Bernard LEROY, de Paris: *Essai sur la psychologie pathologique des idées hypochondriaques*.

Dans la même séance l'Académie a fait connaître les prix proposés pour les années 1903, 1904 et 1905. Les *Annales* ont déjà publié les questions relatives à la pathologie mentale et nerveuse pour les deux premières années (V. les numéros de janvier 1901, p. 169, et de janvier 1902, p. 156); voici celles proposées pour 1905 :

PRIX DU BARON BARBIER. — *Partage autorisé.* — 2.000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur qui découvrira des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues jusqu'à présent le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, la scrofule, le typhus, le choléra morbus, etc.

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué, s'en seront le plus rapprochés.

PRIX CIVRIEUX. — *Partage interdit.* — 800 francs. — Pli cacheté. — Question : *Des délires chez les épileptiques*.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — *Partage interdit.* — 3.000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

PRIX LEFÈVRE. — *Partage interdit.* — 1.800 francs. — Pli cacheté. — Question : *De la mélancolie*.

PRIX HENRI LORQUET. — *Partage interdit.* — 300 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

NOTA. — Les concours de l'Académie de médecine sont clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours doivent être écrits lisiblement en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine; les encouragements, récompenses et mentions honorables n'y donnent pas droit.

MARTYROLOGE DE LA PSYCHIATRIE (suite).

Nous avons à enregistrer sur la liste déjà si longue du martyrologe de la psychiatrie trois faits nouveaux, dont l'un d'une gravité exceptionnelle. Nous les relaterons dans l'ordre chronologique.

Deux infirmiers tués par un aliéné. — Un drame terrible s'est déroulé à l'asile de Marseille, le samedi 20 décembre 1902, vers 7 h. 1/2 du soir.

Un légionnaire de nationalité allemande, nommé Berger,

interné depuis le 30 juin précédent à l'asile de Saint-Pierre, et qu'on soupçonnait avoir des projets d'évasion, était conduit, sur l'ordre du surveillant en chef, par le gardien Navel, dans une division de sûreté. Arrivé dans un couloir, il aperçut le brigadier Lautier et un autre gardien qui le prièrent de les suivre. Le malade refuse d'obéir, prétendant qu'une pareille mesure était injuste; il s'emporte, s'excite; alors le brigadier Lautier essaie de l'entraîner, une bagarre s'ensuit et bientôt Berger, prenant un couteau qu'il tenait caché dans ses vêtements, en frappa successivement le brigadier et l'infirmier Navel.

Aux cris des deux malheureuses victimes, le personnel de l'asile accourut et parvint à maîtriser Berger qu'on ne put cependant pas désarmer assez tôt pour l'empêcher de se porter à lui-même deux coups de son arme; mais il ne se fit qu'une très légère blessure.

En ce qui concerne cette arme, l'enquête démontra que Berger l'avait dérobée dans l'atelier du peintre de la maison. C'était un couteau à lame mousse qu'il avait aiguisé avec du papier de verre et sur les pierres de la cour, pour le rendre pointu.

Quant aux deux victimes de ce triste événement, elles sont mortes deux jours après à la même heure. Navel avait reçu un coup de couteau dans la région du cœur, qui avait perforé la plèvre, le diaphragme et la grande courbure de l'estomac; Lautier, deux coups dans le ventre qui avaient éraillé l'intestin grêle.

Leurs obsèques eurent lieu le mardi 23 décembre, au milieu d'un grand concours de population. Le directeur de l'asile, les médecins en chef Boubila et Maunier y assistaient avec tous les employés; le préfet des Bouches-du-Rhône s'était fait représenter par M. l'inspecteur Mazade.

Au cimetière, M. le D^r Maunier, se faisant l'interprète du service médical et du personnel inférieur de l'asile, prononça une allocution émue où il rendit un hommage suprême à ces modestes serviteurs, victimes du devoir professionnel.

Médecin blessé par une de ses malades. — Le 10 janvier dernier, dans l'après-midi, M. le D^r Toulouse, médecin en chef de l'asile de Villejuif, se trouvait dans son cabinet en train de travailler, lorsqu'une de ses malades, qu'il employait chez lui pour faire son ménage, entra brusquement, lui jeta une poignée de poivre à la figure et, après l'avoir ainsi aveuglé, lui porta plusieurs coups de marteau sur la tête. Notre collègue eut ainsi plusieurs plaies contuses sur le front et le sommet de la tête, qui guérissent assez rapidement grâce aux soins empressés du D^r Picqué, le chirurgien en chef des asiles de la Seine.

Heureusement, M. Toulouse ne perdit pas son sang-froid devant la violente agression de sa malade, une hallucinée persécutée; il put trouver la porte de son cabinet et appeler au secours. La situation aurait pu devenir très grave, s'il avait perdu connaissance au premier choc. Notre collègue a donc échappé à un danger très sérieux, et on doit l'en féliciter.

Tentative d'homicide sur un infirmier. — On télégraphie d'Aix-en-Provence au *Petit Journal* (numéro du lundi 12 janvier 1903) :

Un drame s'est déroulé, ce soir, à l'asile d'aliénés d'Aix.

Une détenue, Amélie Soa, a tenté de tuer, avec un couteau qu'elle avait dérobé pendant le repas, un gardien nommé Pellegrini. Pellegrini a été blessé à l'aine.

Enfermée dans une cellule, Amélie Soa, qui n'était point surveillée, s'est pendue à l'aide de lambeaux de sa chemise, qu'elle avait déchirée. On n'a pu la rappeler à la vie.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*).

19. *Tentative de suicide.* — On mande de Boulogne-sur-Seine à la *Presse* (numéro du vendredi 28 décembre 1902) :

« Une femme se jetait, vers une heure de l'après-midi, du haut du pont de Billancourt dans la Seine. Elle était retirée, après de longs efforts, par deux mariniers. La malheureuse, atteinte de folie, a été conduite à l'infirmerie spéciale du Dépôt. »

20. *Suicide.* — On télégraphie de Livourne à l'*Echo de Paris* (numéro du dimanche 30 novembre 1902) :

« M. Alphonse Moselli, colonel belge en retraite, s'est suicidé d'un coup de revolver, il y a deux jours. Son cadavre n'a été découvert qu'aujourd'hui, à l'hôtel du Japon. Une certaine quantité de valeurs ont été trouvées dans son appartement. Le colonel était atteint de la manie de la persécution. »

21. *Tentative d'homicide.* — On lit dans le *Journal* (numéro du lundi 1^{er} décembre 1902) :

« M. Denis, inspecteur principal de police, rentrait chez lui, la nuit dernière, rue Nicolet, quand un individu, dissimulé dans l'angle d'une maison, s'élança soudain et lui tira cinq coups de revolver, heureusement sans l'atteindre. Arrêté aussitôt, l'agresseur fut conduit au poste central de la mairie, où on reconnut bientôt qu'on avait affaire à un fou nommé Louis C..., 26, rue Nicolet. Il a été dirigé sur l'infirmerie spéciale du Dépôt. »

22. *Un démoniaque.* — On lit dans le *Journal* (numéro du dimanche 7 décembre 1902) :

Des gardiens de la paix, de service place d'Italie, remarquaient, hier, vers midi et demi, à l'heure où les passants sont nombreux en cet endroit, un rassemblement d'au moins 500 personnes, à l'angle de la rue Bobillot.

Ils s'y rendirent et quelle ne fut pas leur stupéfaction de voir, au milieu de ce groupe compact, un homme simplement vêtu d'une chemise molle, pieds nus, qui gesticulait et prononçait des phrases incohérentes.

Aucun doute n'était possible : c'était un fou. Les agents s'en saisirent et le conduisirent au commissariat de la Butte-aux-Cailles.

Là, le fou, qui était resté calme pendant tout le trajet, fit au commissaire de police, avec des gestes désordonnés qu'il prétendit être des exorcismes, la déclaration suivante :

— Seigneur (*sic*), je vous demande pardon de paraître ainsi devant vous. Mais il le fallait. Le diable est entré dans mon chapeau, dans mes habits, et jusque dans mes bottes. Il m'enuyait ; alors, pour être sûr qu'il disparût, j'ai brûlé tous mes vêtements.

— Mais, vous devez avoir froid, lui dit le commissaire.

A ce moment, le fou recommença ses incohérences. Il souffla sur un être imaginaire en s'écriant :

— Voilà le diable ! Ah ! coquin, tu n'auras pas ma peau (*sic*). Seigneur, défendez-moi donc !

Un gardien de la paix essaya, mais en vain, de le calmer. Il fut pris lui-même pour Satan et peu s'en fallut qu'il ne reçût des coups de poing.

M. Pélatan parvint, non sans peine, à calmer le fou, qu'il fit habiller avec des vieux vêtements, et l'envoya à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

L'enquête ouverte par le commissaire de police a révélé que le démoniaque est un puisatier de vingt-neuf ans, François Tharier, qui eut déjà à souffrir de cette folie spéciale.

23. *Tentative d'homicide.* — On lit dans le *Matin* (numéro du mercredi 10 décembre 1902) :

Internée, il y a trois mois, dans une maison de santé où elle avait du reste été soignée à plusieurs reprises pour des troubles cérébraux fort graves, M^{me} Vaudaux, que les médecins croyaient parfaitement guérie, rentrait la semaine dernière chez son mari, 10, rue de Clignancourt.

Rien n'avait fait prévoir, les jours précédents, le retour de la terrible maladie, lorsque hier matin, à six heures, M^{me} Vaudaux fut prise d'un accès de folie des plus violents.

Elle parcourut l'appartement en poussant des cris qui n'avaient rien d'humain, tenta de briser le mobilier à coups de hache, et, comme son mari essayait vainement de la maîtriser,

elle l'envoya, d'un coup de tête en pleine poitrine, rouler sur le parquet.

Dans sa chute, le malheureux se fractura le sommet du crâne. Des voisins attirés par le bruit enfoncèrent la porte et se rendirent maîtres de la folle au moment où, armée d'un couteau de cuisine, elle revenait près de son mari qui, privé de sentiment, était incapable de se défendre.

La malade a été envoyée à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

Quant à M. Vaudaux, l'émotion qu'il a ressentie et la gravité de la blessure qu'il porte à la tête ont nécessité son transport à l'hôpital Lariboisière.

24. *Homicide*. — On télégraphie de Lyon au *Petit Bleu de Paris* (numéro du jeudi 11 décembre 1902) :

« Dans un accès de fièvre chaude, M. Ducreux, habitant 19, rue de la Tête-d'Or, a tué sa femme de deux coups de carabine. »

25. *Tentative d'homicide*. — On lit dans l'*Echo de Paris* (numéro du vendredi 12 décembre 1902) :

Sous ce titre, nous avons raconté, dans notre numéro du 22 juillet, la tentative de meurtre commise par un jeune homme de vingt et un ans, nommé Charles Dumas. Ce dernier avait tiré plusieurs coups de revolver sur sa maîtresse, une demi-mondaine, M^{lle} Jeanne Delhès, dite Andrée d'Arthys, demeurant, 34, rue de Moscou.

M. Le Poittevin, juge d'instruction, chargé de cette affaire, a rendu, hier, une ordonnance de non-lieu. Les médecins aliénistes qui ont examiné l'inculpé l'ont, en effet, déclaré irresponsable.

Charles Dumas a été interné par mesure administrative.

26. *Des mines de... homards*. — Deux agents qui stationnaient au carrefour du boulevard Ornano et de la rue Championnet entendaient, hier matin, vers cinq heures, des cris furieux partant d'un égout voisin.

La plaque de fonte de la bouche était enlevée, et l'entrée entourée d'un barrage. Ils écartèrent celui-ci et, se penchant sur le trou béant, aperçurent trois égoutiers qui maintenaient difficilement un homme. Ils descendirent leur prêter main-forte.

— Nous venons de rencontrer ce particulier dans les couloirs de l'égout, déclarèrent-ils. A notre vue, il est entré dans une colère terrible, nous criant que nous n'avions pas le droit de pénétrer dans ses « mines de homards ».

Voyant deux nouveaux venus, le fou s'irrita, et sa crise furieuse le reprit :

— Tas de voleurs ! gronda-t-il, laissez-moi dans mes mines, tous ces trésors sont à moi.

Et il opposa une résistance désespérée. Les agents durent le ligoter pour le conduire au commissariat de Clignancourt, d'où il fut dirigé sur l'infirmerie du Dépôt.

C'est un nommé Louis Rado, âgé de cinquante ans et demeurant 6, passage du Mont-Cenis. (*Le Matin*, numéro du vendredi 19 décembre 1902.)

27. *Parricide par alcoolisme.* — Un homme des plus estimés, Joseph Ledoux, âgé de quarante-huit ans, maréchal-ferrant à Antigny (Vienne), ancien sergent-major au 62^e de ligne, père de trois jeunes filles de onze à seize ans, vient d'être entraîné par son penchant pour l'ivrognerie à commettre un parricide.

Toute la famille Ledoux était réunie mercredi soir autour de la table commune. L'aïeul, M. Marcellin Ledoux, âgé de soixante-dix-neuf ans, ancien maréchal et adjoint au maire, était également présent.

Soudain, Joseph dit à son père : « Père, je vais aller tirer à boire, prends donc une chandelle pour m'éclairer. »

Mais, au lieu de descendre à la cave, Joseph conduisit son père dehors, vers le pont de la Gartempe, qui est situé à cent mètres environ de l'habitation Ledoux.

Joseph, d'après ses déclarations, aurait prononcé les paroles suivantes : « C'est ce soir, mon père, que nous devons tous mourir, par l'eau ou par le feu. Or, ton tour est arrivé, mon père. Choisis sans retard. »

Le père Ledoux, croyant à une plaisanterie, aurait répondu : « Si j'avais à mourir, j'aimerais mieux mourir par l'eau que par le feu. Ce serait moins cruel. »

A peine le malheureux vieillard avait-il achevé ces mots, que son fils le saisit à bras-le-corps, puis, du haut du pont, le jeta dans la rivière la Gartempe.

Joseph Ledoux, complètement dément, fut arrêté sans résistance. (*Le Temps*, numéro du dimanche 28 décembre 1902.)

28. *Où mènent les sciences occultes.* — M. Albert Guelle, fils d'un ancien notaire, s'était adonné il y a six ou sept ans aux sciences occultes. Cette étude le passionna bientôt à un tel point que, pour s'y consacrer tout entier, il donna sa démission de l'emploi qu'il occupait à l'administration de l'Assistance publique, et, quittant le domicile maternel, alla se fixer à Meudon, 6, rue des Sablons.

Esprit cultivé, traduisant facilement le grec et le latin, capable de déchiffrer l'hébreu, il avait approfondi tout ce que l'antiquité et le moyen âge ont écrit sur l'occultisme. Cet énorme travail l'avait convaincu, paraît-il, du dédoublement du « moi ».

Partant de cette idée que, dans les rêves, le cerveau garde son indépendance, il chercha un moyen capable de maintenir

son corps dans un sommeil léthargique d'une dizaine de jours pendant lesquels son âme, son « moi », libre de toutes entraves, pourrait errer dans l'espace, dans l'Astral.

Il avait imaginé, pour s'endormir lui-même, un appareil composé d'un casque assez semblable à celui d'un scaphandrier et d'un réservoir dans lequel se trouvait un mélange de chloroforme et d'eau qu'un tube amenait goutte à goutte sur les lèvres du patient.

Il avait fait, il y a quelque temps, une première expérience, mais il n'avait réussi qu'à se rendre assez sérieusement malade. Il ne se découragea pas, remania son appareil, à la défectuosité duquel il attribua l'insuccès, s'entoura de nouvelles précautions jusqu'à s'oindre le corps de substances antiseptiques pour en arrêter la décomposition, pendant son voyage; puis, après avoir tracé ses dispositions testamentaires, au cas où il ne réussirait pas, il écrivit à un de ses amis, le docteur P..., de venir le réveiller dix jours plus tard.

Le docteur P..., au reçu de sa lettre, prévint en hâte la mère d'Albert Guelle, et avec elle se rendit à Meudon. Ils trouvèrent le jeune homme étendu sur son lit, maintenu dans son appareil qui ne pouvait plus lui permettre le moindre mouvement du corps. Les traits calmes, il paraissait dormir, mais déjà les membres glacés avaient acquis la rigidité cadavérique.

Le commissaire de police a trouvé dans les papiers de M. Albert Guelle une sorte de testament scientifique résumant ses études et se terminant par des consolations à sa mère, qu'il priait de ne pas se désoler si l'issue de son expérience lui était funeste. (*Le Temps*, numéro du lundi 29 décembre 1902.)

29. *Un fou sauveteur.* — Un homme très élégamment mis abordait, hier matin vers dix heures, un agent de service, quai de Montebello.

— Suivez-moi, lui dit-il, il y a sous la première arche du pont de la Tournelle un cadavre de femme.

L'agent se hâta et n'aperçut rien. Se croyant victime d'un fumiste, il eut quelques sévères reproches à l'adresse de l'inconnu.

— Comment! répliqua celui-ci avec étonnement, vous ne voyez pas le cadavre. C'est extraordinaire! Enfin, je vais le repêcher.

Et il se précipita dans le fleuve.

Deux mariniers repêchèrent notre héros et le ramenèrent sur la berge.

Lorsqu'il fut sur la terre ferme, le singulier sauveteur se répandit en propos incohérents.

Le commissaire de police du quartier, M. Monteillier, l'a fait conduire à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

C'est un nommé Adolphe Valleparr, âgé de trente-trois ans, qui, depuis quelque temps déjà, ne jouissait plus de la plénitude de ses facultés. (*Le Matin*, numéro du 30 décembre 1902.)

30. *Un rival d'André Giron*. — Sous ce titre, le *Matin* (numéro du dimanche 4 janvier 1903) publie le fait suivant :

L'aventure romanesque de la princesse Louise, écrit le *Budapesti Hirlap*, vient de faire une victime inattendue : un jeune séminariste israélite, nommé Abraham Hersch, pour avoir suivi avec un intérêt passionné les péripéties de cette sensationnelle histoire, a fini par en perdre complètement la raison.

Le malheureux, qui se rendait en chemin de fer à Budapest, descendit de wagon, en proie à une agitation très visible ; il avait l'air de chercher quelqu'un.

Une jeune dame fort élégante vint à passer ; le jeune homme se jeta à ses pieds, en s'écriant :

— Altesse ! vous êtes mon idéal ! Je suis André Giron ; venez, nous allons nous enfuir ensemble !...

Stupéfaction de la voyageuse, qui ne comprenait rien à cette scène et ne pouvait se débarrasser de son intempestif adorateur ; celui-ci se roulait à ses pieds, pleurant et gémissant, et déchirant ses vêtements. Enfin, les employés de la gare vinrent mettre fin à cette pénible scène.

Le pauvre Hersch a été transporté à la clinique psychiatrique de Budapest.

31. *Tentative d'homicide*. — On télégraphie de Mende (Lozère) au *Temps* (numéro du mardi 13 janvier 1903) :

« Dans un accès de folie, l'abbé Echauvard, vicaire à Fontans, a failli tuer son curé, l'abbé Boulet, puis il s'est rendu à Saint-Alban, chef-lieu de canton, où, pieds et tête nus, il a erré dans les rues pleines de boue.

« Arrêté, le malheureux prêtre a été confié à sa famille en attendant son internement, s'il est nécessaire. »

INCENDIE D'UN ASILE D'ALIÉNÉS DE LONDRES.

Un terrible incendie a éclaté le matin du mardi 27 janvier 1903 dans l'asile d'aliénés de Colney-Hatch, situé au nord de Londres. Voici les renseignements fournis par les journaux sur cet épouvantable sinistre.

Le *Petit Temps* (numéro du mercredi 28 janvier 1903) publie le télégramme suivant, en date du 27 janvier :

« C'est à cinq heures et demie du matin que le feu a éclaté dans l'asile d'aliénés de Colney-Hatch. Il a pris naissance dans le quartier juif, qui est complètement isolé du corps principal, et qui se compose de cinq constructions en planches.

« Dès le début, les flammes ayant fait de rapides progrès, tous les efforts du personnel se bornèrent à faire évacuer les bâtiments et à calmer les malades dont la surexcitation était extrême.

« Quand les pompiers arrivèrent sur les lieux du sinistre, les bâtiments ne formaient plus qu'un vaste brasier. Les pompiers n'avaient donc plus qu'à faire la part du feu, et à l'empêcher de gagner le corps principal. Ce n'est qu'à neuf heures et demie du matin qu'ils réussirent à conjurer tout danger. Des cinq bâtiments, il ne restait plus rien.

« A dix heures on retirait des décombres les deux premiers cadavres complètement carbonisés.

« Les recherches se poursuivent aussi rapidement que le permet l'état des débris. Pendant ce temps, les commentateurs vont leur train au sujet du chiffre exact des victimes. Les flammes s'étaient, en effet, propagées avec une telle rapidité qu'on avait dû faire sortir les aliénés en toute hâte; mais un grand nombre d'entre eux se sont échappés dans les vastes dépendances de l'asile, de telle sorte qu'il est impossible de déterminer le chiffre exact de ceux qui ont péri dans les flammes. Cependant, il y a tout lieu de craindre que ce chiffre n'atteigne cinquante, y compris deux gardes-malades qui ont trouvé la mort en voulant sauver les malheureux.

« Contrairement à ce qu'on avait annoncé tout d'abord, l'asile de Colney Hatch n'est pas exclusivement réservé aux femmes. Il contenait environ 2.000 personnes, dont 800 hommes. L'aile disparue était occupée par 600 femmes.

« Quelques journaux annoncent qu'à midi, cinquante cadavres avaient été retirés des décombres. »

Dans son numéro du jeudi 29 janvier, le *Temps* donnait sur ce lugubre événement les renseignements suivants que lui faisait parvenir son correspondant de Londres :

« L'asile de fous de Colney-Hatch occupait près d'un hectare au sommet de la colline de Muswell. Le vent, très violent, a communiqué les flammes de pavillon en pavillon avec, raconte un témoin, « la vitesse d'un cheval au galop ». Médecins et infirmières, surpris en plein sommeil, ont sauté du lit et, sans prendre le temps de s'habiller, ont fait de leur mieux pour sauver les malades internés dans l'asile; à la vue des flammes, ces malheureux devenaient impossibles à maîtriser. Quelques-uns, néanmoins, se sont distingués, en dépit de leur folie, par le courage et la présence d'esprit avec lesquels ils ont contribué à sauver leurs compagnons. A neuf heures, les pompiers, appelés à la hâte de tous les coins de Londres sur le théâtre du sinistre, n'étaient pas encore maîtres du feu, et c'est à dix heures seulement qu'on a pu commencer à rechercher les

cadavres des victimes. On en a trouvé quarante-cinq au moins, d'autres disent cinquante-deux.

« Pendant qu'on explorait ainsi les décombres de l'asile, quelques-uns des fous rôdaient alentour et couraient de groupe en groupe, ajoutant encore par leurs gestes et leurs discours insensés au tragique aspect de cette scène. »

COCAÏNOMANIE EXOTIQUE

Un journal médical américain vient de faire connaître des faits curieux sur l'usage et l'abus de la cocaïne aux Etats-Unis. Il semble que la cocaïnomanie ait fait des progrès notables de l'autre côté de la « mare aux harengs ». Non pas dans les milieux élégants et quelque peu dégénérés où se trouve un public tout préparé à accueillir les moyens de se procurer des sensations rares et à s'adonner aux intoxications les plus variées, mais dans la population nègre.

La mode paraît avoir fait ses débuts parmi le bas peuple de couleur de la Nouvelle-Orléans. Il y a à la Nouvelle-Orléans une grande abondance de portefaix nègres qui gagnent leur vie à charger et décharger les navires de commerce. Le travail est dur : il veut, en outre, être exécuté avec la plus grande promptitude ; car tout le temps que le vapeur passe à quai est du temps improductif, du temps pendant lequel les recettes s'arrêtent. Dans ces conditions, on a recours au travail intensif.

Il arrive fort bien qu'une équipe de nègres ait à travailler pendant soixante-dix heures de suite, sans autre repos que celui qu'elle peut prendre pendant les courts intervalles consacrés au repas et sans sommeil. Ceci, quelque temps qu'il fasse, sous la pluie aussi bien que par une chaleur étouffante, selon la fantaisie des éléments. La paye est forte, il faut bien le dire : elle se monte souvent à 150 dollars — plus de 750 francs — par mois ; aussi les portefaix tiennent-ils à leur privilège. Mais le travail est des plus rudes, et les nègres n'en peuvent venir à bout qu'à l'aide de stimulants. Ils ont eu recours à l'alcool, naturellement. Mais, naturellement aussi, ils ont reconnu que l'alcool ne leur valait rien. Comme tous les athlètes, professionnels ou amateurs, comme les cyclistes, comme les alpinistes, ils ont constaté que l'alcool, loin de leur faciliter leur tâche, la rendait plus dure et diminuait le rendement au lieu de l'accroître. Ils s'adressèrent alors à la cocaïne.

Celle-ci leur donna ce qu'ils en attendaient. Ils sentaient leurs forces accrues ; la fatigue ne les atteignait point, même dans les « coups de collier » les plus intenses. En même temps,

ils éprouvaient une très agréable insensibilité à l'égard des variations thermométriques. Qu'il fit chaud ou froid, peu leur importait ; le thermomètre pouvait baisser ou monter autant qu'il lui plaisait ; ils n'en sentaient pas les oscillations ; la température les laissait indifférents.

Les bienfaits de la cocaïne furent bientôt proclamés par les nègres de la Nouvelle-Orléans. Et leurs congénères de l'intérieur des terres, entendant vanter la drogue, eurent vite faite de se la procurer. Assurément, leur besoin était moins ardue ; mais à l'époque de la cueillette du coton, il n'y a, pour ainsi dire, jamais assez de main-d'œuvre à la disposition des planteurs. Ils demandent donc des heures supplémentaires. Les nègres des plantations, pour faire ces heures supplémentaires, eurent recours à la cocaïne. La cocaïne leur permettait de travailler plus longtemps, et de gagner plus : ils en firent donc usage abondamment. Actuellement, ils refusent de travailler dans les plantations où ils ne peuvent se procurer la drogue dont ils ont pris l'habitude ; et certains planteurs qui, autrefois avaient une cantine pour la vente de l'alcool, ont maintenant une cantine pour la vente de la cocaïne. Il en est même qui allouent chaque jour à leurs nègres une ration de cocaïne.

Comme la cocaïne a des inconvénients, à côté de ses incontestables avantages, et comme elle conduit à la folie ceux qui en abusent, les autorités se sont émues ; elles font maintenant tout ce qu'elles peuvent pour restreindre l'emploi de cette substance, pour en empêcher la vente. Beaucoup de nègres eux-mêmes qui ont constaté sur des parents ou des amis les inconvénients de la cocaïnomanie réclament des mesures de répression sérieuses, demandant que la cocaïne ne puisse être vendue que par les pharmaciens, sur ordonnance du médecin. On peut être assuré que le fléau sera vivement combattu ; très probablement on arrivera à en restreindre les ravages ; mais la lutte sera dure.

Une lutte analogue s'imposerait dans un autre quartier du globe, si nous en croyons les renseignements qu'a récemment publiés dans le *British Medical Journal* un Hindou fort cultivé, M. Nailas Chunder Bose. La cocaïne est en effet très appréciée à Calcutta. Jusqu'ici elle ne semble guère exercer ses ravages que parmi ceux qui, auparavant, s'adonnaient à l'alcool, à la ganja, ou à l'opium et qui ont simplement changé d'intoxicant ; mais on peut craindre qu'elle ne se fasse aimer aussi de la population restée saine jusqu'ici. A Bhagalpore, encore, la cocaïnomanie paraît être très répandue. Ceux qui en sont victimes, dans l'Inde, consomment la drogue sous forme de pastilles ou de poudre, qu'ils mâchent avec de la feuille de bétel.

Il sera difficile de lutter contre les ravages de la cocaïne ; elle

est l'objet d'un trafic illicite très actif. A noter que les cocaïnomanes de Calcutta n'ont point l'excuse des nègres de la Nouvelle-Orléans : ils sont cocaïnomanes pour le plaisir — « par vice », dira-t-on — et ce n'est point pour faciliter un labeur fatigant qu'ils ont recours à l'intoxicant. Mais leur attachement à leur poison, s'il est moins justifié, ne le cède en rien, pour l'intensité, à celui des cocaïnomanes de teinte plus sombre. (*Le Petit Temps*, numéro du vendredi 16 janvier 1903.)

FAITS DIVERS

Académie des sciences morales et politiques. — L'Académie des sciences morales et politiques a, dans sa séance du samedi 27 décembre 1902, élu M. le D^r Th. Roussel, vice-président pour l'année 1903.

Jeune fille brûlée vive dans un accès de somnambulisme. — On lit dans l'*Echo de Paris* (numéro du samedi 6 décembre 1902) :

Un affreux accident s'est produit, dans la nuit de jeudi à vendredi, rue Voland, à Nanterre.

Au n° 17 de cette rue habitait, chez des amis, une jeune bonne actuellement sans place, M^{lle} Marie Bourgeois, âgée de dix-sept ans. A diverses reprises, M^{lle} Bourgeois avait été sujette à des troubles nerveux ; il lui était arrivé plusieurs fois de se lever la nuit, et, dans cet état de somnambulisme, de descendre à la cuisine et de s'y livrer aux travaux domestiques, comme elle le faisait à l'état de veille.

Jeudi soir, M^{lle} Bourgeois se coucha sans que rien fît présager qu'elle serait, pendant la nuit, en proie à une nouvelle crise. Vers une heure et demie, elle se leva, s'habilla et, inconsciemment, voulut allumer du feu dans la cheminée. Elle y disposa du bois, des copeaux, et mit le feu. Les flammes atteignirent les vêtements de la malheureuse. En un instant elle fut enveloppée par les flammes et horriblement brûlée sur tout le corps.

A ses cris, les amis chez lesquels elle habitait accoururent, éteignirent les flammes, et la firent immédiatement transporter à l'hôpital Beaujon.

Quand on voulut déshabiller la malheureuse jeune fille, des lambeaux de chair restèrent adhérents aux vêtements. Après une horrible agonie, M^{lle} Marie Bourgeois succombait hier matin vers neuf heures.

Superstition indigène en Tunisie. — On écrit de Tunis au *Petit Temps* (numéro du vendredi 6 février 1903) :

« Une scène de superstition indigène s'est déroulée l'avant-dernière nuit aux portes de Tunis.

« Un certain nombre d'indigènes, réunis autour d'un gourbi et sous la direction d'un exorciseur, poussaient, à grands cris, des invocations pour chasser un démon qui logeait dans le corps d'une jeune femme indigène, mordue récemment par un chien enragé. Les chants et les tambourins faisaient rage, quand, tout à coup, la femme, prise d'un accès subit, sortit du gourbi, la face convulsée, la bouche ouverte pour mordre les assistants. Ceux-ci s'enfuirent en toute hâte. Mais, au bout de quelques instants, l'émoi s'étant calmé, ils revinrent pour voir si la malade s'était apaisée. La femme fut introuvable.

« La police, prévenue, fit des recherches; enfin, hier, on trouva le corps de la malheureuse au fond d'un puits, où elle avait péri par asphyxie. L'affaire se complique, car le mari, à son tour, est introuvable. On craint qu'affolé par les scènes terribles de la veille, il ne se soit, lui aussi, jeté dans un puits. »

Drame dans un asile d'aliénés. — On télégraphie de Rouen au *Petit Journal* (numéro du mercredi 11 février 1903) :

« Deux aliénés, pensionnaires de l'asile de Quatremares, avaient été enfermés ensemble hier soir.

« Ce matin, quand un surveillant vint ouvrir la porte de la pièce dans laquelle on les avait fait entrer la veille, il trouva l'un d'eux, nommé Boursier, âgé de trente-huit ans, accroupi auprès du cadavre de son compagnon, nommé Tremblot, âgé de cinquante-neuf, qui avait le crâne fracassé.

« Il a été impossible de faire raconter à Boursier les circonstances dans lesquelles il avait tué le malheureux Tremblot, qu'il avait assommé à coups de chaise. »

D'après des renseignements qui nous ont été fournis, l'aliéné meurtrier serait atteint de paralysie générale.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

L'ALIÉNATION MENTALE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

Les aliénés en liberté.

Ma dernière chronique sur les aliénés en liberté m'a valu un grand nombre de lettres de mes collègues, approuvant la campagne entreprise sur cette question passionnante et m'encourageant à la poursuivre. Ces approbations et ces encouragements sont des plus flatteurs ; ils compensent largement les quelques critiques plus ou moins amères qui m'ont été décochées de loin en loin, durant ces cinq dernières années, depuis le jour où j'ai essayé de systématiser mes recherches dans la mesure du possible, afin d'apporter des documents positifs sur un sujet controversé.

On s'est cru très spirituel en cherchant à ridiculiser ma « manie de collectionner » des faits divers de journaux. De pareils procédés de discussion n'étaient guère faits pour m'émouvoir, et je n'en continuai pas moins l'œuvre commencée. On a pu constater que les premières conclusions auxquelles je suis arrivé n'ont rien de bien risible : une moyenne annuelle de trente personnes tuées

par les aliénés en liberté ! Et encore ce chiffre est nécessairement loin de la réalité : nos moyens d'information sont, en effet, bien limités et très insuffisants, malgré le dévouement et l'obligeance de quelques-uns de nos collègues qui, partageant mes convictions, se sont constitués mes collaborateurs bénévoles.

Les *Annales* ont attaché un grelot, dont le bruit, quelque faible qu'il soit, a été entendu au loin. Les médecins aliénistes allemands, pour se rendre compte de l'étendue d'un mal qui existe chez eux comme chez nous, ont résolu, ainsi que je l'ai annoncé, d'établir une statistique raisonnée des crimes et délits commis par les aliénés en liberté, statistique qui serait imprimée tous les ans et envoyée aux pouvoirs publics, ainsi qu'aux principaux organes de la presse. C'est dans leur réunion annuelle, tenue en avril 1902, à Munich, et après un rapport très étudié du professeur Hoche, que cette décision fut prise. Une commission exécutive fut aussitôt nommée à cet effet, et des fonds votés pour lui faciliter sa tâche.

J'avais exprimé mon étonnement de ne pas voir signalées dans le rapport du professeur Hoche les statistiques annuelles des *Annales*. Avec une spontanéité dont je lui sais le plus grand gré, notre distingué confrère vient de m'écrire pour me donner les raisons de ce que j'ai appelé son « silence discret » : dans son premier rapport où il s'agissait simplement de poser la question, le professeur Hoche a voulu rester cantonné exclusivement dans les faits concernant le territoire de l'Allemagne ; mais chargé du rapport sur cette importante question à la prochaine réunion des aliénistes allemands qui se tiendra en avril prochain à Iéna, il ne manquera pas de se servir de nos statistiques ; et alors, ajoute-t-il gracieusement, l'occasion sera excellente pour rendre justice aux efforts des *Annales*. Nous

remercions d'avance notre savant confrère de son amabilité. Quant à son nouveau rapport, il sera le bienvenu, car il ne peut manquer de nous fournir de nouveaux documents en faveur de notre thèse.

Un fait intéressant que M. Hoche nous fait connaître dans sa lettre, c'est que cette question des aliénés en liberté préoccupe aussi depuis quelque temps nos confrères d'Autriche-Hongrie et provoque, parmi eux, des discussions assez vives. Si les échos en arrivent jusqu'à nous, je ne manquerai pas de faire connaître à nos lecteurs les causes de dissension entre nos collègues austro-hongrois, sur un point de fait peu sujet à litige cependant.

D'autre part, j'ai reçu de M. Marie, médecin en chef de l'asile de Villejuif, une lettre ouverte avec « prière d'insérer ». Me conformant aux habitudes de courtoisie, qui sont de tradition dans les *Annales*, je la publie intégralement, malgré sa longueur, me réservant le droit de la faire suivre de quelques commentaires.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Permettez-moi de demander l'hospitalité de vos colonnes pour exprimer quelques réflexions suggérées par la lecture de l'intéressante chronique que vous avez publiée en tête du n° 1 des *Annales médico-psychologiques* de 1903.

Comme vous le dites très justement en parlant des crimes et délits commis par les aliénés non internés ni surveillés : « Quelles que soient les opinions professées par nos collègues, sur les divers modes d'assistance et de traitement des malheureux confiés à nos soins, ils seront unanimes sur l'urgente nécessité de modifier une situation qui fait tant de victimes parmi les gens inoffensifs et sains d'esprit. »

Cette unanimité cesse lorsqu'il s'agit des moyens préconisés pour arriver au but désiré, et c'est ici que je voudrais montrer que les partisans de l'*Open-door*, à quelque nuance qu'ils appartiennent, sont loin de se

désintéresser de ce côté capital de la question. Je prends les partisans de l'*Open-door* en bloc, ne voulant faire aucune personnalité et me réclamant d'ailleurs de ce bloc, si bloc il y a, où l'on ne compte pas que des enthousiasmes juvéniles dépourvus d'expérience et de raison. Pour critiquer un programme il ne suffit pas de le qualifier de pompeux et d'idyllique, sans quoi l'on tomberait dans l'emphase puérile qu'on lui reproche; aussi ajoutez-vous que beaucoup de médecins aliénistes ont montré dès longtemps des tendances libérales, et que grâce à eux nombre d'établissements spéciaux se sont transformés en asiles ouverts dans la mesure du possible, bien avant les néo-réformateurs. Ce n'est dès lors plus qu'une petite affaire de priorité, le fond de la question est tranché; c'est-à-dire que le principe de l'asile ouvert est admis. Mais, ajoutez-vous, c'est l'asile ouvert « dans la mesure du possible ».

Dans quelles conditions est-il possible d'octroyer aux malades une liberté plus grande? tout est là!

Pour répondre à cette question nous avons deux voies. La voie ancienne, celle de l'asile panacée hors duquel point de salut, asile un et indivisible, presque intangible, dirait-on au sens de certains : l'asile de 1838 avec ses murs, qui à eux seuls seraient le plus clair traitement de la folie comme on l'a dit; le *statu quo* enfin, l'internement classique, et voilà tout.

Une voie plus nouvelle, bien que tracée par les plus distingués de nos aînés, est celle qui voudrait voir ajouter à l'asile actuel plusieurs choses : 1° L'hôpital psychiatrique préalable, d'observation et de traitement, sans internement obligatoire; 2° les quartiers demi ouverts de convalescents, avec la surveillance complémentaire hors l'asile, après sortie et levée de séquestration (patronage familial de convalescence), ou après sortie ou maintenue de séquestration (colonisation hétéro-familiale et surveillance des aliénés dans leur propre famille, selon les lois belges et écossaises).

N'est-il pas permis de penser que ces corollaires du régime actuel seraient indispensables pour obvier aux inconvénients que vous signalez expressément, à savoir, le retard apporté aux internements et l'absence de surveillance à la sortie?

Car je m'associe pleinement à votre observation de la page 11, fondée sur les faits mêmes qui vous servent de base d'argumentation.

Oui, « la grande majorité de ces crimes et de ces délits, ont été commis, comme on peut s'en assurer en lisant attentivement les récits qui en sont faits : 1° par des aliénés, dont la plupart étaient malades depuis longtemps, et qu'on aurait dû sequestrer ; ou encore, 2° par des aliénés qui avaient déjà été traités dans les asiles, ou en étaient sortis prématurément ».

Eh bien ! mais, qu'est ce qui pourrait assurer la mise en traitement précoce de ces malades, et la constatation du danger éventuel qu'ils peuvent faire courir, si ce n'est l'ouverture de services hospitaliers spéciaux (1), où l'on puisse venir librement les soumettre à l'examen, sans passer préalablement par les formalités de l'internement avec ses lenteurs administratives, les répugnances des familles rebutées souvent, plus par ces lenteurs mêmes que par la difficulté d'amener le malade au médecin aliéniste ?

Que l'internement intervienne ensuite, après triage, et avec toutes les complications de contrôle et de rapports médicaux proposés, rien de mieux.

L'*Open-door* n'est pas une panacée plus que l'asile fermé : l'un ne saurait tuer l'autre, mais au contraire, l'un doit faire vivre l'autre ; et l'hôpital ouvert pour maladies mentales évacuera ses aliénés à sequestrer tout comme un hôpital ordinaire (et il ne s'en fait pas faute).

Et je n'ai pas parlé de l'asile d'aliénés dangereux, avec mesures spéciales concernant les entrées et sorties par intervention des juges. Sur ce point tout le monde est d'accord, comme vous le remarquez fort bien, et la question est plus que mûre.

J'ai souvent vu, étant médecin des asiles fermés de province, des aliénés amenés par les leurs pour qu'on les observât et examinât, qui ne pouvaient franchir l'entrée de l'asile parce que non en règle avec la loi sur

(1) Reception house. V. Liberty of the lunatics, in *Journal of mental science*, janvier 1903, p. 122.

l'internement ; un pavillon d'infirmerie spéciale d'examen eût évité de les laisser errer avec des gardes inexpérimentés dont ils peuvent compromettre l'existence ou qui peuvent compromettre la leur (car j'ai observé des cas d'aliénés ainsi repoussés de l'asile et maltraités notablement par ceux qui les maintenaient et en avaient peur).

Ce qui fait tout le mal, c'est la peur et l'ignorance de ce qu'est l'aliéné.

Cette ignorance s'étend du médecin praticien local aux représentants de l'administration, qui ne veulent souvent arrêter l'internement qu'après méfaits constatés.

Je m'associerai moins aux observations de la page 15 qui semblent incriminer certains médecins d'asile de manquer de circonspection pour les sorties. Je préférerais des mesures de surveillance hors l'asile et un régime transitoire d'assistance surveillée en famille à ce spectre rouge agité devant les yeux de l'aliéniste qui se baserait moins sur son examen médical actuel que sur des préoccupations étrangères, issues de la crainte de rechutes toujours possibles.

La peur est toujours mauvaise conseillère et ce n'est pas elle qui doit servir de guide dans le choix des mesures à prendre pour traiter à temps les malades et s'en protéger une fois internés ou en cas de rechute après sortie.

Si le vieil asile fermé n'a plus d'autre moyen de défense que d'exciter la terreur du public par l'énumération des faits divers des journaux quotidiens de Paris et de province, il faut qu'il soit bien malade.

J'entends bien que vous ne sauriez attribuer aux extraits de journaux que la valeur qu'ils peuvent avoir ; tout le monde sait combien hâtifs et poussés au dramatique sont les entrefilets des reporters. On a vu souvent ainsi des familles soi-disant écharpées ou menacées de mort d'après les échos des faits divers, démentir formellement ces racontars et les ramener à fort peu de chose.

C'est pourquoi, je pense qu'on ne saurait fonder une statistique sérieuse et scientifique sur ces documents, ni conclure à une progression certaine des accidents de ce genre, d'après le plus ou moins grand nombre de

coupures recueillies. C'est ici qu'une commission issue de la Société médico-psychologique pourrait et devrait se constituer, tout comme cela s'est fait en Allemagne, pour étudier la question, recueillir des bases d'appréciation plus convenables, et après un temps suffisant d'étude, publier le fruit de ses recherches. Le public sent les lacunes de nos lois spéciales, lacunes réelles, quoi qu'on dise; la presse crie casse-cou à sa façon. A nous d'éclairer ce public et d'étudier des mesures qui concilient tous les intérêts, aussi bien ceux du public que ceux des aliénés.

Je persiste à croire que les apparentes contradictions qui divisent les aliénistes ont un terrain de conciliation prochain assuré dans la recherche commune et jamais lassée des améliorations nouvelles de tout genre dans le régime de nos malades. C'est ici, à mon sens, le vrai point de vue sous lequel nous devons nous placer, nous médecins, pour nous entendre.

Laissons à d'autres le point de vue de la peur et de la défense contre l'aliéné. Restons avec sang froid sur le terrain de l'assistance; c'est sur ce vœu que je termine, certain de trouver un écho aussi bien parmi les partisans des libertés nécessaires que parmi leurs adversaires.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur en chef, l'expression de mes sentiments les plus distingués et confraternels.

D^r A. MARIE.

Cette longue épître peut se diviser en trois parties : la première, très courte, sorte d'exorde par insinuation, où l'on me jette quelques fleurs; puis la fin de la lettre — *in caudâ venenum* — où se trouve critiquée à fond ma modeste chronique; enfin, entre ces deux extrêmes, un véritable plaidoyer *pro domo sua*.

M. Marie n'a, en effet, pris la plume, que pour chercher à diminuer la portée de mon article et donner une nouvelle édition, heureusement abrégée, de son fameux plau de réforme. En croyant convaincre, il a saisi l'occasion de faire une nouvelle profession de foi et de nous

apprendre que si on l'écoutait, si on appliquait ses idées, tout irait pour le mieux dans le meilleur des services d'aliénés possibles. Son programme est sans doute très beau, très séduisant, et part d'un excellent naturel; mais, comme dit le vieil Horace : *Non erat his locus*.

Notre confrère — qu'il me permette cette comparaison — ressemble un peu à un commandant de pompiers qui, en présence d'une maison en feu, se mettrait à disserter devant ses hommes sur la meilleure pompe à incendie, au lieu de commander la manœuvre et de se servir du matériel qu'il a sous la main. Les malheureux sinistrés auraient toute raison de crier au malencontreux conférencier :

« Eh, mon ami! tire-nous du danger;
Tu feras après ta harangue. »

Nous aussi, nous sommes en présence d'un danger réel, certain, et, pour ainsi dire, de tous les jours. Ce danger, j'ai cru devoir le signaler. Pour le combattre, M. Marie nous propose un remède, qui, ne pouvant trouver son application immédiate, n'aurait qu'une efficacité assez lointaine. Son programme, en effet, quelque séduisant qu'il puisse être pour l'esprit, n'est en réalité qu'un futur contingent; on, en supposant qu'il doive un jour se réaliser, on peut affirmer, sans se tromper, qu'il est dans un devenir plus ou moins éloigné.

Me cantonnant dans le domaine de la pratique et des possibilités, j'ai cherché dans l'étude des faits recueillis des indications précises pour combattre le mal. Ces faits, comme le rappelle M. Marie, concernent surtout des aliénés qui présentaient depuis un temps plus ou moins long des troubles mentaux et n'étaient ni surveillés ni soignés, ou bien des malades qui avaient été séquestrés dans les asiles et en étaient sortis prématurément, avant complète guérison.

De là, j'ai déduit un double enseignement : 1° la nécessité de mettre les aliénés en traitement autant que possible dès les premiers symptômes de leur maladie (1); 2° le danger des sorties prématurées des malades qui peuvent nuire à eux-mêmes ou aux autres.

Sur le premier point M. Marie veut bien être d'accord avec moi; il n'en est pas de même du second. Mon correspondant me fait à son sujet un véritable procès de tendance : il paraîtrait que je cherche à semer la peur dans l'esprit de nos confrères des asiles; je les « incriminerais de manquer de circonspection pour les sorties ». Je viens de me relire avec la plus grande attention, et je ne vois rien dans ce que j'ai écrit qui puisse justifier de telles accusations.

La question des sorties prématurées et des causes qui les provoquent, n'a pas cessé d'être l'objet des préoccupations des médecins aliénistes, et ils ne se font pas faute de donner leur avis sur ce point intéressant de notre pratique (2). Loin d'avoir peur, ils conservent au con-

(1) M. le professeur Pierret vient de reprendre cette importante question dans un excellent article publié dans *Lyon universitaire* (numéro du vendredi 20 mars 1903) et ayant pour titre : « La folie est-elle curable? » Notre savant confrère et ami s'applique surtout à démontrer que si les statistiques nous fournissent, depuis un demi-siècle, un nombre décroissant de guérisons des aliénés, il faut s'en prendre principalement au « retard apporté dans l'internement des aliénés pauvres et inoffensifs ». Pour obvier à ce mal, voici l'un des remèdes préconisés par Pierret : « Il faudrait, dit-il, que la loi nouvelle, dont les lignes principales sont encore bien mal définies, contienne un article non plus conditionnel, mais impératif, sur l'assimilation des aliénés indigents, inoffensifs, mais curables, aux aliénés dangereux. Y a-t-il, d'ailleurs, rien de plus juste, et la société, qui s'arroge le droit d'interner un aliéné dangereux, pauvre ou non, pour se protéger... elle, n'a-t-elle pas, en revanche, le droit d'assurer au plus tôt la guérison de l'aliéné pauvre, inoffensif? Doit-elle l'abandonner parce qu'il ne lui fait pas peur? »

(2) Voir, entre autres, les publications suivantes : Brierre de Boismont. Sur les dangers qui peuvent résulter de la sortie des aliénés incomplètement guéris. Communication à la Société de

traire leur sang-froid pour ne voir dans les conséquences des sorties prématurées, qui ont lieu souvent malgré eux, qu'un sujet d'études et d'observations, qu'ils recueillent avec soin. La preuve la meilleure en est la thèse du D^r Pallut que j'ai citée dans mon article (1) et qui contient un nombre respectable de faits fournis par nos collègues des asiles.

L'illustre Pinel dit quelque part : *L'expérience* « doit » rapporter également les événements favorables « comme ceux qui sont contraires, assigner leur nombre » respectif, et instruire autant par les uns que par les « autres (2) ». Les sorties prématurées et leurs conséquences rentrent dans la catégorie des événements *contraires*, et le clinicien, vraiment digne de ce nom, a le devoir d'en tenir compte. C'est ce que M. Marie, j'en suis sûr, ne manquerait pas de faire à l'occasion, même si ces événements devaient contrarier ses idées les plus chères.

Mais il y a plus. Non seulement je me permets de semer la peur dans l'esprit de mes collègues et de porter contre eux des accusations graves, mais ma statistique, d'où je tire les conclusions que l'on sait n'est ni *sérieuse*, ni *scientifique*. En un mot, je n'ai fait qu'une œuvre erronée, vaine et inutile, qui est à recommencer. Ma statistique n'est qu'un fantôme, un spectre, — spectre sanglant, il est vrai, — que j'agite pour exciter « la terreur du public ». Décidément, je suis un grand coupable, indigne de la pitié des intransigeants de l'*Open-door*.

médecine légale; séance du 12 avril 1869. (*Annales d'hygiène et de médecine légale*, 1869, t. XXXII, p. 436). — Brosius. Sorties avant guérison complète (*Irrenfreund*, 1871). — Güntz. Des sorties des asiles (*Irrenfreund*, 1871); etc.

(1) Stéphane Pallut. De la sortie prématurée des aliénés, Thèse de Bordeaux, 1901.

(2) Ph. Pinel. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Paris, 1809, p. 402.

Certains de mes collègues trouveront sans doute quelque peu insolite ce procédé, qui consiste à demander l'hospitalité d'un journal pour lancer des brocards à son rédacteur en chef. Ils auraient bien tort, car ils ne tiendraient pas compte de la psychologie de l'apôtre, d'une caractéristique si spéciale, et qui explique tout.

L'apôtre, en effet, ne possède pas l'art de farder ce qu'il croit être la vérité. Il fait fi de ces nuances de style, fines et délicates, j'allais dire académiques, qui dorent la pilule qu'on veut faire avaler. Hypnotisé par une idée, il va droit devant lui, ne connaît pas le système des ménagements, applicable même aux adversaires. La moindre critique le met hors de lui ; il fonce alors sur celui qui se l'est permise, frappe fort, sans se demander s'il frappe juste.

M. Marie a-t-il frappé juste ? A-t-il, comme il le pense, mis à néant et ma statistique et les conclusions qu'on en peut tirer ? J'en doute, car mon travail, qu'il veuille bien le croire, n'est pas tant à dédaigner qu'il le pense et le dit. C'est une œuvre de patience à laquelle j'ai apporté toute la probité, tout le *sérieux*, tout le discernement et le sens critique dont je suis capable. Aussi, qu'il se rassure : tous ceux, par exemple, que j'ai inscrits dans la colonne des « tués », sont malheureusement bien morts ; et s'il y a quelque chose de *dramatique* dans leur cas, c'est leur mort même.

Que d'autres faits j'aurais pu encore classer dans cette colonne des « tués » ; mais les auteurs de ces meurtres, au lieu d'être conduits directement à l'asile, passaient par la prison, puis devant le juge d'instruction, et n'étaient reconnus aliénés qu'après une longue expertise médicale.

Mais à quoi bon ces explications ? Elles ne convaincront nullement M. Marie, qui a son siège fait ; et mieux vaut arrêter là cette polémique. Vétéran du journalisme,

j'ai pris pour règle de ne jamais relever les attaques personnelles ; mais lorsque les critiques viennent vous trouver chez vous, le moins qu'on puisse faire, c'est d'y répondre.

Que M. Marie poursuive donc son « rêve étoilé » d'une réforme complète des institutions d'assistance des aliénés, et qu'il tâche surtout de trouver les voies et moyens pour la faire aboutir ; nous ne pourrons qu'applaudir à ses efforts s'il arrive à réaliser du nouveau et de l'inédit, constituant un progrès sur ce qui existe. Pour moi, plus modeste en mes desseins, je continuerai à recueillir et à classer des « coupures de journaux », heureux si ce travail, que certains trouvent si méprisable, mais qui a le don de les irriter, préserve de la mort quelques-uns de mes concitoyens inoffensifs et sains d'esprit, que le destin aveugle vouait aux coups mortels d'aliénés en liberté.

ANT. RITTL

Pathologie.

FÉBRICITANTS DÉLIRANTS

PRIS POUR DES ALIÉNÉS

DE LA TEMPÉRATURE DU CORPS

DANS QUELQUES MALADIES MENTALES

Par le Dr C. ROUGÉ

Médecin en chef de l'asile d'aliénés de Limoux.

Lauréat de l'Académie de médecine.

Suite et fin (1).

II

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA FOLIE ET DES FORMES
ANOMALES DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Après l'analyse que je viens de faire des cas qui ont occasionné des internements non justifiés, il s'agit d'exposer les moyens propres à éviter ces erreurs si regrettables. Il est évident que tout se résume dans une question de diagnostic.

Et, tout d'abord, existe-t-il des différences fondamentales entre le délire fébrile, dont la fièvre typhoïde est le type, et le délire vésanique ?

(1) Voir les *Annales* de mars-avril 1903.

L'identité de nature de ces deux délires a été admise par certains auteurs qui font remarquer qu'on peut retrouver toutes les variétés du délire vésanique dans le délire fébrile. Elle a été rejetée par d'autres qui se fondent sur la différence de leurs causes physiques.

Quoiqu'il en soit, au point de vue théorique, de ces opinions divergentes, il n'en est pas moins vrai que dans la pratique il est absolument nécessaire de distinguer l'une de l'autre ces deux espèces de troubles psychiques.

Georget, Londe, Falret, Lunier, Foville, ont successivement traité cette question de diagnostic différentiel. Voici comment s'exprime Foville (1) : « Un délirant est
« toujours un homme malade, souffrant, soit des centres
« nerveux, soit d'une autre partie du corps et présen-
« tant en outre du désordre intellectuel ; tandis que
« l'aliéné est le plus souvent un homme bien portant,
« du reste, chez lequel l'esprit est troublé ; par consé-
« quent, si l'on fait abstraction du symptôme délire,
« commun aux deux cas, il reste entre eux toute la dif-
« férence qui sépare l'état de bonne santé physique de
« celui de maladie. D'ailleurs, le trouble intellectuel
« peut aussi présenter des différences marquées ; chez le
« fébricitant, il est presque toujours général, mémoire,
« jugement, actions, tout est entraîné dans le tourbillon
« des sensations et des conceptions morbides ; le malade
« ne peut plus sortir du monde imaginaire où il s'agite,
« il est devenu étranger à tout ce qui a le caractère de
« la réalité.

« Chez l'aliéné, au contraire, le délire est souvent
« partiel et, lors même qu'il est le plus diffus, il n'exerce
« pas sur toutes les facultés mentales une domination
« aussi exclusive ; le maniaque le plus pétulant est

(1) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. « Délire », t. XI, p. 19.

« encore capable, à certains égards, de penser, d'agir,
 « de répondre en se conformant aux règles de la raison,
 « ce qui n'a pas lieu chez le délirant.

« En supposant même que ces caractères ne fussent
 « pas assez accusés pour lever tous les doutes, la durée
 « des accidents en ferait reconnaître la nature ; le délire,
 « en effet, est presque toujours durable dans le cas de
 « folie, tandis qu'il est extraordinairement temporaire
 « et assez court dans les autres maladies. »

Ces conseils donnés par un maître de la science psychiatrique sont excellents ; mais, à mon humble avis, ils ont le tort de ne pas être appropriés aux besoins de la pratique.

Il ne faut pas oublier, en effet, que ce ne sont pas des aliénistes de profession qui sont chargés de se prononcer sur la nécessité d'un internement d'aliéné. C'est, généralement, le médecin de la famille. Or nous voyons, tous les jours, des médecins très distingués nous prouver qu'ils ne possèdent pas des notions suffisantes d'aliénation mentale.

D'ailleurs, lorsqu'on se trouvera en présence d'un de ces délires à forme fruste que j'ai étudiés, il sera impossible de faire un diagnostic différentiel par le seul examen de l'état mental puisque les caractères extérieurs des deux espèces de délire sont alors identiques.

Dans ces cas difficiles les ressources tirées de l'étude des commémoratifs, du mode d'invasion, de l'âge du malade, de la constitution épidémique régnante, ne devront pas être négligées.

Le mode d'invasion surtout, mérite d'être pris en considération. *L'invasion brusque du délire* indique, généralement, qu'il est symptomatique. Il est excessivement rare, en effet, que la folie débute brusquement ; presque toujours l'accès est précédé de troubles prodromiques portant sur le moral, sur les actes et sur le

caractère ; l'enquête à laquelle se livre le médecin lui fait découvrir alors une foule de faits insignifiants, en apparence, et qui ont pour lui une grande importance.

Dans certains cas, l'âge du malade, la constitution épidémique pourront avoir une importance sur laquelle je crois inutile d'insister. Il en est de même des commémoratifs.

Mais ces dernières considérations n'ont qu'une valeur relative et ne peuvent fournir que des présomptions. Il peut même arriver qu'elles soient la cause d'erreurs ; ainsi, s'il s'agit d'un héréditaire, on sera porté à croire à un accès de folie et à un nouvel accès de folie si l'individu a eu des accès antérieurs. En nous reportant, en effet, aux observations de formes exceptionnelles, nous voyons que le sujet de l'obs. VIII était un héréditaire et que celui de l'obs. IX entraît à l'asile pour la seconde fois. Chez tous les deux on diagnostiqua l'aliénation mentale, et on commit une erreur dont la connaissance des antécédents fut en grande partie la cause.

Eh bien, j'estime que tous ces signes différentiels, dont l'ensemble peut paraître de nature à satisfaire les plus exigeants, n'auront pas toujours, au lit du malade, toute l'importance qu'on pourrait être tenté de leur attribuer.

Pour en juger, il est indispensable d'entrer dans les réalités de la pratique. Le médecin aliéniste, dans le service duquel on aura envoyé un malade qui lui paraîtra suspect de fièvre typhoïde, pourra se servir utilement de ces données. Il a tout son temps. Si c'est une fièvre typhoïde, la marche de la maladie le fixera au bout de peu de jours (chez le malade de Marandon, obs. V ; il a fallu douze jours) ; après chaque visite, il n'aura pas à répondre à des questions pressantes dictées par l'affection, quelquefois par l'intérêt ; enfin, il n'aura aucune grave décision à conseiller.

Tout autre est la position du praticien appelé, parfois, à de grandes distances, chez des malades qu'il connaît peu ou pas du tout. En supposant qu'il possède des notions suffisantes de médecine mentale, aura-t-il le temps, après un examen consciencieux de l'état physique du malade, de se livrer à une enquête minutieuse sur les commémoratifs, sur les changements qu'on aura remarqués dans son caractère, ses habitudes et, notamment sur ses antécédents héréditaires ou personnels ? De plus, il ne faut pas se dissimuler que cette enquête nécessite beaucoup de tact, de ménagements, surtout si l'on n'a pour se renseigner que les parents du malade ; il faut alors s'attendre à des réticences, même à des mensonges. Je fus une fois si exaspéré par le mauvais vouloir que je rencontrais chez un malade (le sujet de l'observation XXX) et ses parents à répondre à mes questions que, pris d'impatience, je quittai brusquement la maison.

Et cependant, il faudra se prononcer sur la nature du délire, peut-être même sur la nécessité d'une séquestration immédiate, si le malade est trop difficile à contenir, car une agitation maniaque violente a vite raison de tous les dévouements. Je me souviens d'avoir eu à lutter énergiquement contre tout l'entourage d'un malade *fébricitant et délirant* qu'on voulait envoyer à l'asile d'aliénés. C'était un prédisposé atteint de pneumonie. Heureusement pour le malade — et pour moi — que j'étais fixé sur le diagnostic de la maladie et, par suite, sur la nature de son délire.

On peut se rendre compte, me semble-t-il, par les considérations qui précèdent, des difficultés qui peuvent assaillir le médecin chargé de la mission délicate de se prononcer sur la nécessité d'un internement. Aussi ne faut-il pas s'étonner qu'on ait cherché dans la catégorie des agents physiques d'exploration un moyen capable

de faire disparaître, en peu de temps, toute indécision dans le diagnostic.

Il en est trois qui se sont disputé ou se disputent encore la prééminence : la recherche de l'albumine dans les urines, celle de la fièvre par le thermomètre et le séro-diagnostic de Widal.

1° La *présence de l'albumine dans les urines* serait, d'après Dumesnil (1) un signe pathognomonique des cas graves de la dothiéntérie. L'autorité de Gubler vint à l'appui de cette opinion ; il n'avait jamais vu, disait-il, manquer l'albuminurie chez les typhiques ; plus la forme serait grave, plus tôt se montrerait l'albumine et plus elle serait abondante d'emblée comme cela se voit, du reste, dans la plupart des pyrexies.

Mais beaucoup d'observateurs n'ont pas trouvé la présence de l'albumine dans les urines aussi constante que l'a dit Gubler. « Si l'on groupe les résultats fournis « à ce sujet par Brattler, Parkes, Martin Solon, Becque-
« rel, Finger et Friedreich, on arrive, dit Jaccoud (2),
« à cette conclusion que l'urine a été albumineuse
« 93 fois sur 282 cas, soit dans la proportion de
« 32,97 p. 100. Toutefois, il n'y a rien d'absolu dans
« ce rapport, car Griesinger a observé l'albuminurie
« 31 fois sur 36 malades, et Trotter l'a notée 20 fois
« sur 20. Ce phénomène ne se montre pas, en général,
« avant la fin de la deuxième semaine ou le commence-
« ment de la troisième ; Murchison ne l'a jamais con-
« staté avant le seizième jour et, comme dans le typhus,
« il appartient surtout aux cas graves. »

Legroux et Hanot (3) ne l'ont constaté aussi que dans

(1) *Ann. méd.-psych.*, 1863, et *Thèse* de Gerbier.

(2) Jaccoud. Art. « Albuminurie » du *Dict. de méd. et chir. prat.*

(3) *Arch. gén. de l'Acad. de méd.*, 1876.

le second septenaire, ou au commencement du troisième.

En présence de résultats si différents, il nous paraît difficile d'attribuer une grande valeur à la présence de l'albumine. D'ailleurs, Gubler lui-même admettait que l'albuminurie était, dans les premiers jours de la maladie, un symptôme aléatoire, et qu'elle ne devenait un symptôme obligé que plus tard, dans le deuxième septenaire. Or, c'est surtout dans la première semaine qu'il serait nécessaire d'avoir un signe sûr, décisif ; car nous avons vu que le délire typhique qui a donné lieu à des erreurs de diagnostic a été toujours précoce. Enfin, — et ceci diminue encore la valeur de ce signe, — n'oublions pas que la présence de l'albumine a été constatée chez les aliénés, rarement, il est vrai ; mais enfin elle a été constatée. Sutherland et Rigby (1) ont trouvé 7 cas d'urines albumineuses sur 192 cas d'aliénation aiguë.

2° *L'épreuve du sérum ou séro-diagnostic de Widal.*
— On peut la considérer comme un des éléments les plus sûrs du diagnostic de la fièvre typhoïde.

Malheureusement, l'apparition de la réaction agglutinante a lieu à une date assez variable. Si, dans quelques rares circonstances, on l'a constatée au 4^e et même paraît-il, au 3^e jour, il arrive souvent qu'elle n'apparaît qu'an 10^e, 12^e, 15^e jour, et même plus tardivement. D'une manière assez générale, on doit l'observer à partir du 7^e jour de la maladie, c'est-à-dire pendant la période d'état, comme les taches rosées.

Or, dans les 32 observations de délire typhique à forme vésanique que j'ai relatées, les troubles psychiques ont apparu, soit pendant la période prodromique, soit pendant la période d'invasion (1^{er} septenaire). A ce

(1) *Ann. méd.-psych.*, t. IX, 1847.

moment, l'épreuve du sérum ne donnera généralement qu'un résultat négatif.

Je conviens néanmoins que, même dans ce cas, il peut être utile de rechercher cette réaction, toutes les fois qu'on aura le moyen de le faire; car je crois pouvoir affirmer qu'actuellement la technique de ce nouveau procédé de diagnostic n'est pas familière à la grande majorité des praticiens et que, sauf à Paris et dans les grandes villes pourvues d'un institut bactériologique, il ne leur sera pas facile de faire pratiquer la séro-réaction.

Je reviendrai bientôt sur ce procédé; mais je puis avancer d'ores et déjà, que la réaction de Widal n'apparaissant généralement qu'au début de la période d'état, son utilité se fera rarement sentir pour les cas qui font le sujet de cette étude.

3° Recherche de la fièvre par les indications de la température du corps plutôt que par celles de la circulation. — Son importance est capitale et le moyen de constatation est précieux, puisqu'on l'a toujours sous la main, qu'il ne nécessite aucune préparation, et que le résultat est obtenu dans quelques minutes.

La définition si connue de la folie par Esquirol, et les travaux de Wunderlich sur la marche de la température dans la fièvre typhoïde, mettaient naturellement sur la voie. Il est vraiment bizarre que les auteurs qui se sont plus particulièrement occupés du diagnostic différentiel du délire fébrile et du délire vésanique, aient méconnu complètement l'importance de ce signe, qu'ils l'aient toujours laissé au second plan, s'attachant même parfois à lui retirer toute valeur.

Laissant de côté les auteurs qui ont écrit sur la matière avant que l'emploi du thermomètre se fût généralisé, voici ce que dit à ce sujet l'auteur d'une thèse déjà citée, parue en 1874 : « On s'est appuyé aussi pour

différencier les deux délires sur l'absence ou la présence de la fièvre ; il ne faut pas avoir vu un grand nombre d'aliénés pour savoir que beaucoup de maniaques aigus, beaucoup de mélancoliques anxieux, et tous les paralytiques au moment des bouffées congestives, présentent une accélération du pouls. » Il est évident que l'auteur confond la fréquence du pouls avec la fièvre, qui se manifeste, surtout, par l'élévation de la température. Cependant celle-ci était exactement notée dans quelques-unes de ses observations empruntées à Magnan.

De ce que Baillarger et Lakanal avaient observé des fièvres typhoïdes prises et traitées pour des aliénations mentales, et dont le diagnostic ne fut vérifié qu'à l'autopsie, Christian (1) en conclut : « Que ce n'est pas la présence ou l'absence de la fièvre qui suffit toujours pour différencier les deux variétés de délire. » Je répondrai qu'à l'époque où ils firent paraître leurs observations, ces deux auteurs manquaient d'un moyen précis pour constater l'état fébrile.

Gerbier (1877) s'exprime ainsi dans sa thèse, qui est l'exposé des idées de ses maîtres dans les hôpitaux de Nantes : « Cherchons dans les troubles circulatoires
« quels sont les phénomènes qui peuvent nous aider à
« trancher la difficulté (il s'agit toujours du même diagnostic différentiel). *A priori*, on peut croire par la
« définition que la plupart des auteurs ont donnée de la
« folie que l'on va trouver un signe pathognomonique :
« la folie, dit Esquirol, est une affection cérébrale, ordi-
« nairement chronique, sans fièvre, caractérisée par les
« désordres de la sensibilité, de l'intelligence et de la
« volonté ». Aujourd'hui, les deux mots fièvre et aliéna-
« tion mentale, qui autrefois semblaient devoir s'ex-

(1) De la folie consécutive aux maladies aiguës. *Arch. gén. de méd.*, 1873, t. II, p. 422.

« clure, sont très compatibles. Les deux phénomènes ne
 « sont pas inconciliables ; de même que nous pouvons
 « avoir des délires apyrétiques (délire nerveux, délire
 « produit par la belladone, le haschich, etc.), de même
 « nous voyons assez souvent la manie et la lypémanie
 « être accompagnées de fièvre. Outre la fréquence du
 « pouls, il peut y avoir dans la folie élévation de tem-
 « pérature. MM. Foville et Voisin ont observé chez
 « des aliénés des températures fébriles indépendantes
 « de toute maladie incidente. »

Il faut arriver au mémoire de Bucquoy et Hanot (1881) pour trouver des idées saines sur cette question. Ces auteurs, quoique s'occupant surtout du délire de la convalescence, émettent à propos du délire fébrile typhique des idées que je suis heureux de reproduire, car elles montrent bien l'importance et la nécessité des constatations thermométriques : « La notion de la coexis-
 « tence de la fièvre et du délire est toujours précieuse,
 « très précieuse, en particulier pour l'étude du délire qui
 « nous occupe. On sait qu'il n'est pas rare que, dès le
 « début, la dothiéntérie se manifeste, entre autres
 « symptômes, par un délire qui peut offrir les apparences
 « les plus variables et reproduire aussi exactement que
 « possible ce qu'on observe dans les vésanies les mieux
 « caractérisées. Ainsi, le délire du début peut être un
 « délire lypémaniaque, ou mégalomaniacal, des plus
 « correctement systématisés ; mais, déjà on constatait
 « une élévation de température ; or, cela seul rend sus-
 « pect l'hypothèse d'un délire purement vésanique. Ce
 « n'est d'ailleurs qu'un cas particulier de cette loi gé-
 « nérale : que tout individu qui entre dans un délire
 « sans fébriciter est un aliéné ; que tout individu qui
 « délire avec de la fièvre a beaucoup de chances de ne
 « pas être aliéné. »

Telle est aussi l'opinion de deux auteurs plus récents,

Noël Guéneau de Mussy (*loc. cit.* 1884) et Chante-messe (1), qui s'expriment très catégoriquement et dans les mêmes termes : « On évitera l'erreur, disent-ils, en tenant compte dans la manie aiguë de l'absence d'état fébrile et des autres phénomènes concomitants. » Le premier ajoute : « Si la fièvre existe chez des malades atteints de manie aiguë, elle sera imputable à quelque complication et elle ne présentera pas le rythme du cycle fébrile dothiéntérique. »

En présence des divergences que je viens de signaler, il est donc indispensable de savoir au juste à quoi s'en tenir sur l'existence ou la non-existence de la fièvre liée non seulement à la manie aiguë mais encore aux autres formes de folie, puisque toutes ou presque toutes ont donné lieu à des erreurs de diagnostic.

Ceci me donne l'occasion de faire connaître à cette place une série de recherches inédites que j'ai faites, il y a quelques années (1893), sur la température du corps dans les maladies mentales ; d'autant plus que je ne crois pas que depuis cette époque il ait paru d'autres documents sur cette question.

*Recherches sur la température du corps dans
quelques maladies mentales.*

C'est un sujet qui a été peu exploré, surtout en France. D'après plusieurs observations de manie aiguë recueillies par le D^r Gibson (2), il semble que parfois la température est au-dessus de la normale, mais de bien peu, et que d'autres fois elle ne s'élève point. Du reste, en aucun cas de manie, l'auteur n'a trouvé de température notablement inférieure à la température normale.

(1) *Traité de méd.* de Charcot et Bouchard. Art. « Fièvre typhoïde ».

(2) *Ann. méd.-psych.*, 1869.

Les très nombreuses observations de température prises par Clouston (1), lui ont appris qu'à l'exception de la démence, toutes les formes de folie présentent une température plus élevée qu'à l'état sain. La température moyenne à l'état de santé étant 97°09 Fahrenheit (36°16 C.), la moyenne de tous les malades examinés a été 97°25 F. (36°25 C.). La paralysie générale a présenté la température moyenne la plus élevée 98° F. (36°66 C.); viennent ensuite la manie aiguë 97°60 F. (36°44 C.), l'épilepsie 97°42 F. (36°34 C.), la mélancolie 97°21 F. (36°22 C.), la manie simple, la manie sans excitation 97°13 F. (36°18 C.), la démence calme 97°05 F. (36°13 C.) et la complète démence 96°8 F. (36°10 C.). En somme, entre la température normale et la température la plus élevée, il n'y aurait qu'une différence de 0°91 F. soit 0°5 C. Il a trouvé la température du matin plus élevée que celle du soir.

Toujours d'après Clouston, la fréquence moyenne du pouls correspond presque exactement avec la température, s'élevant et tombant comme elle, dans les diverses formes de la folie. Cette fréquence du pouls se classe ainsi : paralysie générale, 88; manie 81; démence calme, 78; complète démence, 77; mélancolie et convalescence, 76. La moyenne pour les personnes à l'état de santé, 77.

Griesinger (*loc. cit.*, p. 338) dit à propos de la manie, que dans la grande majorité des cas il n'y a pas de fièvre : le thermomètre indique une température du corps normale ou même au-dessous de la normale; ce n'est que dans l'agitation maniaque qui accompagne la paralysie générale progressive que la température du corps semble s'élever.

(1) *Ann. méd.-psych.*, 1870.

Le Dr Haase (1) relate 17 observations d'aliénés maniaques, chez lesquels il a relevé la température du corps avant, pendant et après les accès d'agitation. Il conclut de ces observations que l'accès d'agitation du maniaque est toujours lié à une élévation de la température du corps; que la température s'élève d'autant plus que l'agitation elle-même est plus intense et que, pendant la rémission et même au déclin de l'accès, elle s'abaisse au-dessous de la moyenne, qui d'après lui serait de 36°85 à 36°89. Dans deux cas seulement, le thermomètre serait monté jusqu'à 38° pendant l'agitation.

D'après les recherches de Tambroni (2), portant sur trente-six aliénés (18 hommes et 18 femmes), la température axillaire moyenne est à peu près celle des individus sains d'esprit.

Selon Westphal, l'excitation maniaque s'accompagnerait toujours d'une élévation de température. Le thermomètre marquerait 38 degrés et même 38°2 pendant les périodes d'excitation, alors qu'il ne marque que 37 degrés les jours de calme.

M. Cullerre a constaté (3) que la température du corps subit chez les aliénés des modifications certaines, mais encore assez mal connues. Il a trouvé que dans l'excitation maniaque avec exagération des mouvements, la température s'élève manifestement de quelques dixièmes; que dans les périodes de la paralysie générale où se produisent des phénomènes congestifs et de l'agitation, le thermomètre s'élève toujours au-dessus de la normale, atteint et dépasse 38 degrés, quelquefois pendant plusieurs semaines consécutives,

(1) *Ann. méd.-psych.*, 1884, janvier.

(2) *Ann. méd.-psych.*, 1887, t. V, p. 323.

(3) Cullerre. *Traité prat. des mal. ment.*, 1890, p. 77.

tandis que chez les mélancoliques et surtout chez les stupides, la température a une tendance à s'abaisser au-dessous de la normale. Malheureusement, ces recherches sont peu nombreuses, le tableau graphique qu'a bien voulu me communiquer alors M. Cullerre ne contenant que dix observations.

J'ai pris moi-même, avec la plus scrupuleuse attention, la température et le nombre de pulsations correspondantes dans quatre-vingt-douze cas, après avoir éliminé avec soin tous ceux dans lesquels pouvait exister une complication de maladie incidente pour si légère qu'elle fût, ainsi que ceux dont l'hypothermie aurait pu dépendre du froid extérieur ou d'insuffisance d'habillement.

Malgré les avantages incontestables de la température rectale, je ne crois pas que ce mode d'exploration soit destiné à passer dans la pratique ordinaire, où il n'est pas, d'ailleurs, absolument nécessaire dans la plupart des cas. Aussi, toutes mes températures ont été prises dans l'aisselle, pendant dix minutes, vers 9 heures du matin, et toujours avec le même thermomètre contrôlé à tous ses degrés. Les résultats obtenus sont résumés dans le tableau ci-dessous :

	NOMBRE de cas.	MOYENNE des températures et des pulsations.	TEMPÉRATURES et pulsations maxima.	TEMPÉRATURES et pulsations minima.
1 ^{er} accès de manie. aiguë.	47 cas	37° — 86 p.	38°1—120 p.	36° — 35 p.
Accès maniaques chez des chroni- ques	14 cas	36°7 — 84 p.	37°5—120 p.	36°1— 58 p.
Lypémanie anxieuse	13 cas	36°9 — 85 p.	37°6—114 p.	35°5— 54 p.
Lypémanie simple.	8 cas	36°8 — 69 p.	37°1— 86 p.	36°3— 45 p.
Stupidité ou demi- stupidité	10 cas	36°6 — 78 p.	36°9—102 p.	35°2— 68 p.

La moyenne généralement admise en France pour la température axillaire est de 37 degrés. En admettant, comme je le crois, que cette moyenne varie de 36°5 à 37 degrés, nous voyons par les citations ci-dessus, qu'à part la paralysie générale, la température centrale des aliénés ne s'éloigne guère de la normale.

Comme la plupart des observateurs, j'ai constaté qu'après la paralysie générale, c'est l'agitation maniaque qui élève le plus la température chez les aliénés, que ce soit sous forme de manie aiguë ou de lypémanie anxieuse. Or, c'est sous ces deux formes que le délire typhoïdique a été le plus souvent pris pour une aliénation mentale, vingt-trois fois sur trente-deux, d'après mes recherches.

Mais nous avons vu que cette élévation de température arrive rarement à 38 degrés et qu'elle n'a jamais dépassé 38°2 pour si violente que fût l'agitation.

Dans mes 61 observations de température prise pendant l'accès de manie, j'en trouve trente et une à 37 degrés et au-dessus; les plus élevées ont été de 37°6 deux fois, de 37°7 quatre fois, de 37°9 deux fois et 38°1 une fois. Les autres trente étaient au-dessous de 37 degrés. De ces dernières, il y en avait vingt et une entre 36°5 et 37 degrés et neuf au-dessous de 36°5. J'ai trouvé, une fois, 36°1 chez un maniaque en proie à une agitation si violente que je craignais le délire aigu; il y avait crachotement, mais pas hydrophobie; trois jours après, la température était remontée à 37°5; le malade guérit assez rapidement.

Il ressort de mes observations que l'agitation maniaque n'élève la température au-dessus de la normale que dans la moitié des cas environ, l'autre moitié présentant une température normale ou au-dessous de la normale.

En revanche, l'agitation maniaque entraîne générale-

ment avec elle une plus grande fréquence du pouls qu'à l'état normal. Quoi qu'en dise Clouston, il n'y a pas de rapport nécessaire entre l'élévation de la température et la fréquence des pulsations. Il m'est arrivé quelquefois de trouver une température normale ou, même, de l'hypothermie avec un pouls fréquent. En somme, l'agitation maniaque agit beaucoup sur la circulation, très peu sur la température.

Dans la mélancolie anxieuse, l'agitation est un peu moindre que dans la manie aiguë, et ses effets sur la température et la circulation sont moins sensibles. Le maximum de température dans mes treize cas a été, seulement, de 37°6.

J'ai constaté la rareté relative du pouls dans la mélancolie simple: la moyenne a été de 69 pulsations; tandis qu'elle a été de 84, 85 et 86, dans les formes agitées.

La fréquence du pouls a reparu dans l'état de stupeur. La moyenne a été de 78 dans mes observations; il est vrai qu'elles ne sont qu'au nombre de dix. Mais la fréquence du pouls dans la stupeur a été notée aussi dans les 8 observations de Marcé (*loc. cit.*, p. 321); il a fait remarquer que cette fréquence contraste avec la rareté du nombre de respirations et, j'ajouterai, avec l'abaissement de la température.

MM. Bouchacourt (1) et Bouchand (2) ont publié de nombreuses observations d'hypothermie extrême (35, 34, 33 degrés, et même au-dessous), chez les aliénés. Il résulte des observations qui leur sont personnelles et de celles qu'ils ont empruntées à Lowenhardt, Zenker, Bechterew, Lamoure, etc., que l'aliénation mentale est une des maladies qui prédisposent le plus à l'hypother-

(1) De l'hypothermie chez les aliénés. *Thèse de Lyon*, 1892-93.

(2) *Ann. méd.-psych.*, mars-avril 1894.

mie; que, dans certaines conditions, le froid extérieur a une influence considérable sur l'abaissement de la température des aliénés; que l'hypothermie s'observe surtout dans l'idiotie, la démence, dans la mélancolie et, particulièrement, dans la mélancolie avec stupeur. Ainsi, Bechterew (1) a constaté dans la période de dépression de la mélancolie, un abaissement de température qui peut se maintenir pendant quelque temps au-dessous de $36^{\circ}5$, parfois même au-dessous de $35^{\circ}5$ et de 35 degrés dans les cas de mélancolie grave. Il a aussi observé de l'hypothermie dans le stade initial de la manie, caractérisé par la mélancolie. Contrairement à Clouston et à Tambroni, il nota, d'une façon générale, des températures internes plus basses le matin que le soir.

Lamoure (2) a publié six observations de lypémanie avec stupeur dans lesquelles la température est descendue à plusieurs reprises à 35 degrés chez quatre de ses malades, et à $34^{\circ}5$ chez les deux autres.

Après cette digression, que l'on trouvera peut-être un peu longue, je reprends l'étude du diagnostic différentiel du délire typhique et de la folie, en utilisant nos connaissances sur la température du corps dans les diverses formes de l'aliénation mentale. L'étude longue mais nécessaire des formes exceptionnelles du délire typhique, me servira de guide pour l'exposé de cette question.

Si, comme l'a observé Dagonet (3), le délire dothiénentérique se présentait sous la forme de lypémanie

(1) *Thèse de Saint-Petersbourg*, 1881.

(2) *Thèse de Paris*, 1878.

(3) De la stupeur dans les maladies mentales, etc., *Ann. méd.-psych.*, 1872.

stupide, l'élévation de la température sera caractéristique d'une affection fébrile et, très probablement, d'une fièvre typhoïde; car nous savons que dans la forme vésanique, la température est au-dessous de la normale et que, souvent même, il y a de l'hypothermie. Au contraire le pouls, souvent très fréquent dans cette forme, ne pourrait donner que des indications trompeuses.

Dans les cas où le délire typhique prend, dès le début, la forme de mélancolie simple (j'en ai recueilli 2 cas sur 32), la fréquence du pouls et l'élévation de la température feront éliminer immédiatement l'idée d'une affection mentale; car, dans la lypémanie, il n'y a pas de température fébrile, et le nombre de pulsations s'éloigne très peu de la fréquence normale.

La mélancolie agitée a été une des formes qu'a pris, souvent, le délire précoce de la fièvre typhoïde. En pareil cas, le diagnostic différentiel présente un peu moins de simplicité que dans le cas précédent. Le pouls ne peut être encore d'aucune utilité, car dans la forme vésanique, il est parfois fréquent, surtout si le malade est très agité; il peut atteindre alors de 100 à 120 pulsations. La constatation de la température nous donnera, au contraire, de précieuses indications. Dans la forme vésanique, en effet, la température est à peu près normale (moyenne 36°9); la plus forte a été 37°6 dans mes observations. En supposant qu'elle s'élevât à 38 degrés, ce degré sera dépassé dans la soirée du second jour si le malade est un typhoïdique.

Mais c'est surtout dans les cas si fréquents de délire maniaque précoce de la dothiéntérie, que la thermométrie sera — je ne crains pas de le dire — d'une nécessité absolue. Sans elle le diagnostic restera incertain pendant plusieurs jours, une semaine au minimum. Et cependant, s'il est une circonstance où la nécessité d'un diagnostic hâtif s'impose, c'est bien celle-là. Il

faut un personnel nombreux, veillant jour et nuit, un local spacieux et isolé. L'agitation incessante du malade a bientôt raison de tous les dévouements, et on se résout facilement à une séquestration dès qu'elle est reconnue indispensable. Autant cette mesure, prise de bonne heure, est utile au malade quand il est aliéné, autant elle lui est nuisible, à tous les points de vue, lorsqu'il est seulement fébricitant; d'autant plus que dans ce dernier cas le délire avec agitation est de courte durée.

En pareil cas, la connaissance des antécédents, s'il en existe, ne peut qu'induire en erreur : les caractères extérieurs du délire ressemblent si bien à ceux de la manie aiguë que des aliénistes distingués s'y sont trompés; le pouls est presque toujours agité, fréquent, dans une forme comme dans l'autre. Les seuls indices qui, d'ordinaire, ont mis sur la voie sont : l'altération des traits, la chaleur et la sécheresse de la peau, la stupeur, signes assez fugaces et certainement insuffisants. Mettez alors le thermomètre et si, au second jour, la colonne mercurielle ne dépasse pas 38 degrés, le diagnostic est fixé : il s'agit d'un accès de manie. Si la température est plus élevée, la manie devra être écartée : il y aura seulement à rechercher quelle est l'affection aiguë dont le délire est symptomatique. L'élévation de température aura alors d'autant plus de valeur diagnostique qu'on la comparera à la fréquence des pulsations.

Nous savons, en effet, que dans la fièvre typhoïde, le pouls est relativement plus rare à égalité de température que dans la plupart des autres maladies fébriles; nous savons aussi que dans l'accès de manie, le pouls est généralement fréquent par rapport à la température. La règle serait alors celle-ci :

Température normale ou très peu élevée, pouls fréquent : accès de manie.

Température élevée, pouls relativement peu fréquent : fièvre typhoïde.

Il est évident que si, dans ce moment, l'épreuve de Widal donnait un résultat positif, on serait encore mieux renseigné que par le thermomètre; car, non seulement on saurait qu'il s'agit d'un délire fébrile, mais, de plus, on aurait la certitude d'avoir affaire à une fièvre typhoïde. Malheureusement, nous l'avons vu, il ne faut généralement compter sur ce résultat que dans le cours du second septenaire, c'est-à-dire trop tard.

Le thermomètre a alors cet avantage sur l'épreuve de Widal de renseigner dès le premier jour sur la nature fébrile ou non du délire et, s'il s'agit d'une fièvre typhoïde, de pouvoir fixer généralement le diagnostic dans la soirée du second ou du troisième jour de l'invasion. Il a encore cet avantage précieux pour le praticien d'être constamment à sa portée, de ne nécessiter aucune perte de temps, aucune préparation comme bouillon de culture, piqure de la peau, tube stérilisé, ni examen dans le cabinet ou envoi à un institut bactériologique.

Il peut arriver que la manie se complique d'une affection fébrile intercurrente, dans lequel cas l'élévation de la température pourrait tromper le médecin qui n'aurait pas fait un examen minutieux du malade. En cas d'erreur, le malheur ne serait pas grand; car le transport de l'aliéné fébricitant ne pourrait avoir, dans ce moment, que des dangers pour lui. Un des cas les plus fréquents de fièvre compliquant un accès de manie, est la simple courbature provenant d'un refroidissement contracté en route par l'aliéné qui arrive à l'asile. Dans ce cas, il sera nécessaire de surveiller le malade, afin qu'il ne se découvre pas, et de prendre sa température le lendemain et les jours suivants. Le doute ne sera pas de longue durée. Voici un exemple : Rose B... vingt-cinq ans, entrée le 17 avril 1894; agitation maniaque intense. Le

lendemain : 37°9, 105 pulsations ; peu de jours après, avec la même agitation : 36 degrés, 68 pulsations.

Autre objection présentée par Gerbier : « Avec les lois de Wunderlich, on en arrive dans les cas ordinaires à une précision de diagnostic incroyable ; mais dans la forme qui nous occupe, dans ces fièvres typhoïdes qui portent le nom d'ataxiques, indiquant que tout est désordonné, que les phénomènes morbides ne sont pas en accord les uns avec les autres, qu'il y a désharmonie pathologique, la température suit-elle la marche régulière signalée par l'auteur allemand ? Nous ne le croyons pas ».

Ces idées sont parfaitement justes. Jaccoud (1) a constaté, en effet, que l'ascension graduelle, en échelons, considérée comme constante, ne s'observe guère que dans la moitié des cas. Le maximum thermique que l'on trouve, le soir du cinquième ou du sixième jour, peut être atteint dès le deuxième ou le troisième jour. Et c'est principalement dans les formes exceptionnelles de la fièvre typhoïde, dont nous nous occupons, que le maximum est atteint déjà quarante-huit ou soixante-douze heures après la première invasion du mouvement fébrile. Ces températures élevées, constatées tout à fait au début, loin de nuire au diagnostic différentiel de la fièvre typhoïde et de la folie, ne peuvent que fixer le médecin dès le premier examen, si hâtif qu'il soit, pour éloigner toute idée d'aliénation mentale, sauf à être fixé plus tard sur la nature de la phlegmasie.

M. Gerbier, qui en vent décidément au thermomètre, assure que dans la plupart des cas il lui a été impossible d'en faire usage à cause de l'indocilité des malades. Quant à moi, je suis toujours parvenu — sauf

(1) *Gaz. des hôp.*, 1890, n° 31.

une fois que j'étais seul — à le faire garder tout le temps nécessaire aux malades les plus agités ; mais je conviens que ce n'est pas toujours sans difficulté, ni sans danger pour l'instrument. Il est bon d'occuper alors l'attention du malade et, surtout, d'avoir un nombre d'aides suffisant pour le contenir. D'ailleurs Gerbier, qui préconise l'examen des urines, pouvait comprendre que lorsqu'il ne sera que difficile d'appliquer le thermomètre, il sera impossible de recueillir les urines pour les soumettre à l'analyse.

Enfin, j'épuiserai cette question si intéressante de diagnostic différentiel en convenant qu'il est des cas excessivement rares, il faut en convenir, où l'emploi du thermomètre pourrait induire en erreur s'il n'était pas accompagné d'un sérieux examen du malade : tel est le cas de l'observation XXIII, tels sont les cas de typhus ambulatorius ; mais ainsi que le fait remarquer l'auteur de l'article « Fièvre typhoïde » du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, ces cas sont très rares et il faut être très réservé pour en admettre de semblables.

Je crois inutile d'insister sur les signes distinctifs du délire typhoïdique et de la paralysie générale ; mes observations ne contiennent qu'un seul cas d'erreur, qui fut rectifié dès l'entrée du malade dans l'asile. Les commémoratifs et la marche de la maladie, surtout de la température, lèveraient bientôt tous les doutes, s'il en subsistait après examen attentif du malade.

Deux de nos observations sont relatives à des cas de fièvre typhoïde dont la période d'invasion fut occupée par un délire alcoolique, qui masqua les symptômes de la maladie et la fit méconnaître jusqu'à la fin du premier septenaire, c'est-à-dire lorsque le délire se calma. En pareille circonstance, une erreur de diagnostic est d'autant plus facile à commettre dans les premiers

jours, que les commémoratifs et le caractère du délire porteront naturellement la pensée vers une manifestation alcoolique. La température du malade pourra mettre sur la voie ; car le délire alcoolique est généralement apyrétique, souvent même avec abaissement de température, à moins qu'on ait affaire à un *delirium tremens* fébrile, dans lequel cas la température peut s'élever à 40, 41 degrés, et même plus (Magnan). Cette affection revêt alors tous les caractères du délire aigu.

Je n'ai pas grand'chose à dire sur le délire aigu, quoique ce soit à son occasion qu'il a été question du vœu formulé par le Congrès de Limoges. Dans un cas douteux il faudrait distinguer le délire aigu vrai, primitif, du délire aigu symptomatique. Dans les deux cas, il existe une agitation extrême, une fièvre intense avec crachotement et horreur des liquides.

Quel que fût le diagnostic porté, il n'y aurait pas lieu d'envoyer le malade dans un asile d'aliénés. Il s'agit dans les deux cas d'une maladie infectieuse et, dans la supposition d'un délire aigu vrai, je suis de l'avis de M. Régis, que la place du malade n'est pas dans une maison d'aliénés, mais bien dans une salle d'isolement d'hôpital ordinaire.

J'ai déjà dit, au début de cet article, que toutes les maladies infectieuses peuvent, à la période d'invasion, présenter un délire qui simule la folie ; mais le délire des typhoïdiques est le type de ces délires. Presque toutes les erreurs de diagnostic ayant donné lieu à des internements non justifiés sont dues à la fièvre typhoïde. Pour les autres maladies infectieuses, je n'ai trouvé aucune observation. Potain a parlé, dans une de ses cliniques, de pneumoniques délirants internés comme aliénés. Viendraient ensuite la grippe, l'érysipèle du cuir chevelu, les fièvres exanthématiques lorsque l'éruption ne s'opère pas franchement, la méningite aiguë, etc.

J'ai même observé trois cas de folie survenue dans le cours d'une simple courbature. Comme je ne connais pas de faits semblables, je crois devoir rapporter ici deux de ces observations dont je trouve dans mes notes l'histoire complète, que j'abrégnerai un peu.

Première observation. — P..., vingt-six ans, fonctionnaire. Jeune homme très fort et très obèse, voulant s'aguerrir contre le froid, conserva un costume très léger malgré un froid très vif (— 16° C.), surtout pour notre région. Il fut pris, en décembre 1872, de bronchite légère et de légères douleurs aux genoux sans la moindre tuméfaction. P... constate bientôt que la peau des jambes et de la face est insensible au toucher, aux tiraillements; ce qui provoque chez lui des préoccupations que je m'efforce de calmer. Mais, la nuit suivante, le malade se tâte le pouls, ne le sent pas et se croit perdu; il saute à bas du lit et, malgré un froid des plus rigoureux, il se précipite dans la rue sans autres vêtements que la chemise et le caleçon qu'il portait dans le lit, en proie à un accès de manie des plus intenses, qui guérit au bout de très peu de jours.

Deuxième observation. — Hyp. L..., quarante-trois ans, cultivateur, grand, robuste, est pris, dans la nuit du 29 au 30 mars 1874, de céphalalgie et point de côté. Néanmoins, il continue ses occupations jusqu'au 2 avril. Dans la soirée de ce jour, frissons, céphalalgie; L... se couche, et s'efforce de transpirer. Le résultat dépasse la mesure. Après avoir mouillé ou plutôt trempé quatorze chemises, la sueur continuant encore et sans efforts, il était très faible, et avait des syncopes quand on le changeait de chemise. Je le vis, le 4 avril, au matin: pouls un peu fréquent, assez plein, mais peu résistant; langue légèrement saburrale, rouge et humide; intégrité parfaite des organes thoraciques et abdominaux. Je trouvais que le malade riait bien facilement. Le même jour, vers dix heures du soir, le délire se manifeste. L... veut tuer sa femme, sa fille; il faut que tout le monde y passe. On a beaucoup de peine à le contenir pendant toute la nuit. A ma visite, le lendemain matin, le malade est plus calme et rit sans motif; le pouls est à 80, moins développé et encore moins résistant que la veille. Potion calmante. Le soir, 70 pulsations. Le malade a été calme pendant tout le jour et s'est souvent assoupi; mais il ne veut plus de potion, craignant qu'on ne veuille l'empoisonner. Le 6 avril, tout délire a disparu. Le malade se trouve bien d'une alimentation plus substantielle. Guérison très rapide.

Je dois ajouter que ces deux malades n'avaient pas de fâcheux

antécédents, soit héréditaires, soit personnels, au point de vue mental et qu'aucun trouble intellectuel n'a reparu chez eux depuis cette époque éloignée.

Le délire, dans ces cas, affecte habituellement la forme maniaque.

Toutes ces affections ont un symptôme commun qui est constant : c'est la fièvre. En pareille circonstance, le thermomètre peut ne pas fixer immédiatement sur le diagnostic de la maladie ; mais ce moyen physique d'exploration aura sur tous les autres cet avantage, qui n'est pas à dédaigner, d'écarter aussitôt toute idée de folie et, par suite, de s'opposer à l'internement du malade.

III

Je reviens maintenant au vœu émis au Congrès de Limoges et aux mesures proposées pour éviter l'internement dans les asiles d'aliénés de malades qui ne sont pas aliénés.

De l'étude que je viens de faire il résulte clairement, je pense, que les erreurs de diagnostic ayant occasionné ces internements injustifiés se rapportent, toutes, à des fébricitants délirants, et presque en totalité à des typhoïdants.

Or, j'estime qu'il est parfaitement logique de tirer de cette étude des indications pratiques basées sur une donnée scientifique exacte, relativement à de nouvelles mesures administratives à prendre pour l'internement des aliénés.

Ces mesures diffèrent sensiblement — pour ne pas dire qu'elles sont l'opposé — de celles qui ont été proposées par le Congrès.

Je vais les exposer et je crois qu'il me sera facile de les justifier.

Que la création dans les hôpitaux et les hospices de

salles d'isolement pour l'observation des malades délirants ou agités, avant leur transfèrement à l'asile d'aliénés, soit un moyen efficace d'éviter des internements injustifiés, je n'y contredis pas ; je vais même en donner une preuve. Outre les quatre observations personnelles contenues dans ce mémoire, j'ai observé, comme M. le professeur Pierret, trois ou quatre autres cas relatifs à des malades décédés très peu de temps après leur entrée à l'asile, qui n'étaient que des fébricitants délirants et non des aliénés. Je n'ai pas publié ces observations faute de renseignements suffisants. Or, tous ces malades, sans exception, ne déliraient que depuis très peu de temps, et ils étaient arrivés directement à l'asile. Il est probable que s'ils étaient passés par l'hôpital, l'internement à l'asile d'aliénés — mesure toujours très grave — n'aurait pas eu lieu, parce que leur séjour à l'hôpital aurait donné le temps à la maladie d'évoluer et permis au médecin de l'hôpital de porter un diagnostic plus exact.

Mais à côté de cet avantage, que d'inconvénients graves inhérents au passage des aliénés dans les hôpitaux !

Pour s'en rendre compte, il n'y a qu'à lire la communication si documentée de M. Henri Monod, directeur de l'Assistance publique, au Congrès international de médecine mentale, dans sa séance du 9 août 1889.

Après avoir rapporté un fait malheureux arrivé à Lariboisière, le Dr Bourneville (1) dit : « Ce fait s'ajoute à ceux que nous avons déjà rapportés pour montrer la nécessité d'envoyer les malades aliénés dans les asiles d'aliénés, aménagés et outillés en conséquence, et de ne pas les maintenir dans les hôpitaux où rien n'existe pour le traitement et la sécurité de ces malades. »

J'ajouterai que les mauvaises conditions dans les-

(1) *Progrès médical*, avril 1902.

quelles se trouvera l'aliéné ne pourront qu'aggraver son état.

De plus, la folie étant, comme les autres maladies, d'autant plus facilement curable qu'on la traite de bonne heure, les chances de guérison diminueront d'autant plus qu'on retardera davantage l'admission de l'aliéné dans un asile spécial.

D'ailleurs, ces malades sont un triste cadeau fait aux hôpitaux et, probablement, ce n'est pas sans répugnance qu'ils reçoivent « ces hôtes, gênants toujours, parfois dangereux ».

Je comprends l'utilité du passage préliminaire des aliénés dans les hôpitaux de certaines régions éloignées de l'asile. Ainsi, à l'hôpital Saint-Jean de Perpignan, on centralise avec raison le service des aliénés de tout le département des Pyrénées-Orientales, avant de les envoyer à l'asile de Limoux.

À part ces circonstances, les hôpitaux et hospices ne devraient servir à recevoir des aliénés que dans les cas *urgents*, ceux qui sont visés par l'article 23 de la loi de 1838.

Nous avons vu que tous les malades internés à tort, à la suite d'erreurs de diagnostic, étaient des fébricitants. Une indication se présente donc bien naturellement à l'esprit, c'est : 1° d'envoyer directement à l'asile les délirants qui n'ont pas de fièvre ; 2° de soigner à domicile les délirants fébricitants, ou de les envoyer dans les hospices s'ils ne peuvent être soignés dans leur famille. Et si, par hasard, quelques-uns de ces malades étaient, en même temps, des aliénés, on les enverrait à l'asile spécial aussitôt après guérison de la maladie incidente.

Cette mesure constituerait, à mon avis, une simplification du rouage administratif, en même temps qu'elle augmenterait les chances de guérison de l'aliéné.

Le troisième paragraphe du vœu émis à Limoges est ainsi conçu :

« Il y aurait lieu d'organiser dans chaque asile d'aliénés un quartier d'observation, où seraient spécialement examinés les malades entrants avant leur admission définitive dans l'asile ».

Sans m'arrêter au double emploi que font le premier et le troisième paragraphe, j'estime que ce quartier d'observation est parfaitement inutile, et que par suite sa création serait fâcheuse, parce qu'elle prendrait une place qui manquerait aux autres aliénés.

Le deuxième paragraphe du vœu n'indique-t-il pas suffisamment qu'il y a encombrement dans les asiles d'aliénés ? Sera-t-il facile de trouver le local nécessaire alors qu'on a déjà tant de peine à trouver la place d'une section d'isolement pour les maladies contagieuses et épidémiques : grippe, fièvres éruptives, choléra, etc., etc., alors qu'une circulaire ministérielle presque récente (15 juin 1901) prescrit encore l'établissement d'un quartier spécial destiné à l'isolement des tuberculeux ? Où trouver encore la place d'un quartier d'observation ?

D'ailleurs, comme je l'ai déjà dit, ce n'est pas dans l'asile d'aliénés qu'il faut se préoccuper de parer aux internements injustifiés, c'est dans la famille de l'aliéné présumé, avant son entrée à l'asile ; car le mal est fait par la seule admission du malade dans l'asile.

En effet, la loi est formelle (art. 12) : la personne placée dans l'asile sera *immédiatement* inscrite sur le registre de l'établissement. Que le présumé aliéné soit placé, dès son entrée, avec les autres aliénés ou dans un local isolé, il n'en sera pas moins considéré comme ayant été interné dans un établissement d'aliénés.

Quant à moi, je ne saurais trop insister pour que le troisième paragraphe du vœu soit remplacé par le suivant : « Il y aurait lieu d'exiger que dans tout certificat

médical joint à la demande d'internement, il soit fait mention que le malade dont on demande l'internement *ne présente pas de température fébrile.* » Cette mesure s'imposerait chez les délirants agités, surtout, si le délire avait eu une invasion brusque et si la maladie était de date récente.

Les observations XXIII et XXXII indiquent même, qu'en pareille circonstance, il faut se méfier des températures fébriles peu élevées, puisque, dans la première, la température a oscillé autour de 38 degrés jusqu'à la mort et que, dans la seconde, elle ne s'est élevée au-dessus de 39 degrés qu'après le sixième jour. Jusqu'à ce moment, elle avait oscillé aussi autour de 38 degrés. Il est vrai que ces cas doivent être bien rares.

SUICIDE ET FOLIE

Par le Dr VIALLON

Médecin en chef de l'asile de Bron.

Suite (1).

§ VII. — *Du suicide dans la démence.* — Dans les différentes formes de la démence (2), les idées et les tentatives de suicide sont bien plus fréquentes qu'on ne serait tenté de le croire. Mais à mesure que la déchéance intellectuelle fait des progrès, les idées et les actes suicides sont marqués de plus en plus du sceau de la puérilité et de l'incohérence : manque de fermeté dans l'exécution, emploi de moyens le plus ordinairement illusoire, et souvent aussi fixité bête et presque automatique dans les idées de suicide, sans accompagnement d'un état émotif quelconque.

Chez d'anciens lypémaniques qui ont versé dans la démence, certaines idées de suicide survivent, mais ne sont plus dirigées et réglées par la raison ; elles persistent à l'état d'habitude, d'idées ou d'actes automatiques. De même que l'on voit certains déments se promener indéfiniment de long en large, à la même place, se balancer rythmiquement pendant des heures entières,

(1) Voir les *Annales* de juillet-août, septembre-octobre, novembre-décembre 1901 ; de janvier-février, mars-avril, mai-juin, septembre-octobre et novembre-décembre 1902 ; de janvier-février et mars-avril 1903.

(2) La démence paralytique fait l'objet d'une étude spéciale.

s'égratigner ou s'épiler d'une façon continue et monotone ou répéter sans cesse les mêmes mots et faire les mêmes gestes, de même quelques-uns ont conservé des tendances au suicide qui se manifestent d'ordinaire, sinon par des actes, du moins par des demandes incessantes de la mort; ils répètent constamment en des termes monotones qu'ils veulent mourir, mais ne font que rarement des tentatives; et encore ces tentatives, lorsqu'elles se produisent, sont peu à redouter.

Une malade reste pendant deux heures couchée au fond d'une tranchée qui avait été ouverte dans la cour pour relever les conduites d'eau; elle dit que voulant se tuer, elle attendait que la terre vînt à tomber sur elle pour l'ensevelir. Une autre malade s'est dissimulée sous un tas de paille, espérant qu'elle étoufferait peut-être.

Obs. LXXXIV. — Femme de cinquante-sept ans. Grand'mère et mère mélancoliques par intermittences, une cousine aliénée.

Fièvre typhoïde avec délire violent à l'âge de seize ans. A toujours été un peu originale et a manifesté souvent des idées de suicide, surtout au moment de ses règles. Serait aliénée depuis l'âge de trente-cinq ans (souvent déprimée, pensait au suicide). Il y a quelques années seulement qu'elle a commencé à se livrer à de fréquentes tentatives. Une fois elle a absorbé du laudanum, mais elle l'a vomi; un autre jour, elle essaye de se tuer avec du chloroforme, mais n'a pas réussi: le chloroforme lui a brûlé la bouche. Elle a essayé de s'asphyxier avec trois réchauds de charbon, elle a voulu se pendre, elle s'est tiré dernièrement deux coups de revolver; elle s'est manquée la première fois; au second coup, elle s'est logé une balle en avant de l'oreille.

Chez cette malade les facultés intellectuelles sont notablement affaiblies; conceptions délirantes bizarres (se figure parfois qu'elle est nue, prétend qu'on lui vole son esprit, etc.); dit que par la pensée seule, elle peut tuer une personne, elle en a déjà fait mourir de la sorte; c'est pour cela qu'il faut qu'elle se suicide. Les tentatives se multiplient; mais, vu l'état de la malade, qui évolue vers la démence, elles présentent un caractère particu-

lier : elles se font remarquer par le manque de fermeté, le peu de jugement apporté à leur exécution, l'emploi de moyens souvent illusoires. Un jour, elle décide de se pendre; elle prend une corde, cherche où elle pourra l'accrocher, mais, ne trouvant pas d'endroit favorable, abandonne son projet. Une autre fois, elle boit une cuillerée de sirop de chloral et dort pendant deux heures. Un soir, elle veut aller se jeter dans le Rhône; mais, arrivée au bord du fleuve, l'eau lui fait peur et elle rentre chez elle. A l'asile, elle fait à chaque instant des tentatives de suicide, et, chose remarquable, elle demande le plus souvent la permission aux infirmières. Elle a essayé deux fois de s'étrangler avec son mouchoir et s'arrêtait elle-même dans sa tentative. Un jour, elle s'est dissimulée sous un tas de paille, espérant qu'elle étoufferait peut-être.

Elle parle en riant de ses idées de suicide et des tentatives qu'elles a faites; elle annonce qu'elle en fera encore. Elle écrit à une de ses amies : « Je viens derechef vous prier de m'envoyer de suite mon revolver et la boîte de capsules. Je le chargerai moi-même afin qu'il n'arrive point d'accident. Vous le laisserez chez le concierge, on le laissera passer. »

Obs. LXXXV. — Femme âgée de cinquante-sept ans, cultivatrice, entrée en mai 1890 pour lypémanie, idées et tentatives de suicide; a essayé de se pendre, s'est jetée dans une mare.

Cette malade reste pendant plusieurs années dans cet état lypémanique, puis arrive peu à peu à la démence en conservant un délire lypémanique et hypocondriaque de plus en plus incohérent.

1898. La malade se dit attaquée au cerveau; croit que son mari est en prison, ramasse des cailloux, se roule à terre par moments. Ne peut dire depuis combien de temps elle est à l'asile, pousse parfois des cris, se déshabille, gémit, dit qu'elle va perdre la vue, se montre loquace sur le chapitre de ses malheurs imaginaires, prétend qu'elle ne peut marcher parce que ses jambes sont mortes, ou qu'elle n'en a plus, répète constamment qu'il faut qu'elle meure.

1899. Démence. Mêmes conceptions délirantes incohérentes. Croit qu'elle ne mourra pas. Cette idée la désespère et elle ne cesse de réclamer la mort; demande à chaque instant à ce qu'on lui coupe le cou, à être brûlée, etc., et paraît satisfaite lorsqu'on lui dit qu'on va la tuer bientôt. Cette malade, qui est dans un quartier de gâteuses où il lui serait facile de mettre à

exécution ses idées de suicide, ne s'est livrée à aucune tentative, malgré la persistance d'en finir avec la vie.

Obs. LXXXVI. — Une autre malade, la femme Th..., a été internée il y a quinze ans pour lypémanie suicide. Elle a dû être l'objet d'une surveillance constante qui ne s'est relâchée peu à peu que lorsque la malade a commencé à verser dans la démence. Ses idées de suicide persistent toujours, mais ne sont suivies que de rares tentatives inoffensives. Dans l'espace de deux ans, nous ne notons que deux tentatives qui se sont produites dans les conditions suivantes : la première fois, la malade essaye de s'étrangler en se serrant le cou avec deux ou trois tours de fil de laine; la deuxième fois, elle reste pendant deux heures couchée au fond d'une tranchée, attendant patiemment que la terre tombe sur elle pour l'étouffer.

Certains impulsifs au suicide, en versant dans la démence, conservent ces mêmes tendances impulsives, atténuées seulement par l'affaiblissement de l'intelligence. S'ils attendent rarement à leur vie d'une manière efficace, ils se livrent encore à des actes qui peuvent offrir un certain danger pour leur existence. Telle la malade qui fait le sujet de l'observation suivante :

Obs. LXXXVII. — Femme âgée de soixante ans, malade depuis dix ans. On retrouve dans ses antécédents héréditaires : mère lypémanique et un oncle maternel déséquilibré. Entrée à l'asile, il y a dix ans, pour des troubles mentaux caractérisés par des périodes lypémaniques avec accès intercurrents de manie et impulsions suicide se manifestant surtout au moment des époques.

Cette malade verse peu à peu dans la démence en conservant un délire mélancolique. Elle dit que c'est le démon qui lui suggère des idées de suicide. L'intelligence s'affaiblit. La malade se croit toujours damnée, sans pouvoir appuyer cette croyance par des motifs plausibles. Ses idées de suicide ne présentent aucune fixité; diverses occasions les font naître; la malade obéit pour ainsi dire à des impulsions : « Ce sont, dit-elle, des idées qui me viennent tout à coup et que je suis sans réfléchir à ce que je vais faire. » Ainsi, un jour, sortant pour aller chez sa fille, elle va dans une chambre chercher du linge. Ses yeux, par hasard, tombent sur une cravate qui était à terre. Aussitôt

l'idée lui vient de se pendre, elle se l'enroule autour du cou et s'accroche à un porte-manteau. Heureusement pour elle, la cravate se casse.

La démence fait des progrès. La malade avale parfois des morceaux de charbon, des cailloux. Un jour, elle veut absorber une solution de carbonate de soude, une autre fois du verre pilé, elle avale même un clou qui avait plus de 0^m,06 de longueur et qui n'a causé aucun trouble dans les fonctions digestives. Si on lui demande les raisons qui l'ont poussée à commettre de tels actes, elle répond qu'elle n'en sait rien, qu'un jour, dans la cour, elle a trouvé un clou, et qu'alors elle a eu l'idée de l'avaler, que la vue des cailloux, du charbon, a produit le même effet. Elle paraît agir d'une façon automatique, se laissant aller à des actes qui peuvent compromettre sa vie.

A côté de ces anciens aliénés qui sont tombés dans la démence et qui continuent presque automatiquement à manifester des idées de suicide et à faire quelques tentatives, il convient de faire une large place aux déments séniles qui, plus souvent, montrent un dégoût prononcé pour l'existence, et se livrent assez fréquemment à des tentatives qui ont parfois une issue fatale.

La démence sénile s'accompagne, dans certains cas, d'un délire lypémaniaque très intense dont les idées et les tentatives de suicide ne sont que le corollaire. Tantôt ce sont des idées d'indignité, de damnation, tantôt la crainte de la misère, la peur des gendarmes, des voleurs, etc., qui poussent les malades à des attentats contre eux-mêmes. Si, dans certains cas, les tentatives paraissent assez bien conduites, ne semblent pas porter l'empreinte de l'affaiblissement mental, chez la plupart de ces malades elles ne réussissent pas, parce qu'ils ne prennent pas les précautions les plus élémentaires; ils disent hautement qu'ils en ont assez de la vie; ils se jettent à l'eau en plein jour et devant tout le monde; ils cherchent à s'asphyxier avec le charbon de bois et oublient parfois de fermer leur porte ou leur fenêtre; ils songent à se jeter par la fenêtre et le disent en même

temps à leur entourage, qui les en empêche, etc. Dans leurs actes, comme dans leurs idées, ils présentent des lacunes considérables. Malgré tout, la démence sénile fournit un contingent important de suicides. C'est dire, vu le nombre considérable de tentatives avortées, que les manifestations suicides sont fréquentes chez ces malades.

OBS. LXXXVIII. — Femme âgée de soixante-dix-neuf ans. Rien dans les antécédents héréditaires, bonne santé habituelle, affaiblissement intellectuel progressif, perte partielle de la mémoire. Depuis huit jours, état lypémanique avec insomnie et subagitation. Idées d'indignité, de damnation, craintes continuelles sur le sort de sa fille, pense que cette dernière est perdue, croit quelquefois entendre sa voix. Anxiété profonde, dit qu'elle veut se détruire, cherche à se jeter par la fenêtre.

OBS. LXXXIX. — Femme âgée de soixante-dix ans. Pas d'antécédents héréditaires. Bonne santé habituelle; artério-sclérose. Affaiblissement considérable des facultés intellectuelles; mémoire presque abolie. Bien que jouissant d'une certaine aisance, cette femme, se croit réduite, elle et les siens, à la misère la plus profonde, se dit la plus malheureuse des femmes, ne peut s'expliquer sur la disparition de sa petite fortune, ne croit pas qu'on la lui ait prise; tout ce qu'elle sait, c'est qu'elle ne possède plus rien. De là, tentatives réitérées de suicide (a voulu se jeter par la fenêtre, se noyer, etc.), tentatives mal conduites, faites en présence de nombreux témoins qui ont arrêté la malade.

OBS. XC. — Femme, soixante-sept ans. Rien de particulier dans les antécédents héréditaires et personnels. Mélancolie anxieuse. S'accuse d'avoir détourné quelques habillements de peu de valeur appartenant à son mari. Elle croit que les gendarmes vont venir l'arrêter. Elle vit dans une crainte continuelle et a fait quatre tentatives de suicide. Elle s'est jetée trois fois à l'eau et a essayé de s'empoisonner avec de l'ammoniaque.

Perte de la mémoire, propos puérils et le plus souvent incohérents, déchéance physique.

§ VIII. — *Suicide dans la manie et la paralysie générale.* — Dans certaines formes d'aliénation mentale,

manie, paralysie générale, les idées et les tentatives de suicide ne se rencontrent que rarement et s'y présentent d'habitude avec des caractères cliniques tout particuliers. Rappelons encore que ces aliénés qui font des tentatives sont pour la plupart des héréditaires avérés.

A. *Manie*. — Les maniaques ne se suicident qu'exceptionnellement.

Dans l'excès de leur agitation, sous l'influence d'illusions ou d'hallucinations de l'ouïe et de la vue, surtout dans la manie aiguë avec fièvre, ces malades, s'ils ne sont l'objet d'une surveillance de tous les instants, sont fréquemment victimes d'accidents mortels, sans qu'il y ait, chez eux, tendance au suicide.

La mort volontaire se rencontre parfois, cependant, chez les maniaques, et le plus souvent il s'agit d'une impulsion soudaine chez un aliéné entaché d'une lourde hérédité vésanique, ainsi que nous pouvons le constater dans les deux observations suivantes.

Obs. XCI. — L..., Claudine, âgée de vingt-deux ans, sans profession. Comme antécédents héréditaires, nous trouvons : père s'est pendu à l'âge de trente-quatre ans, était alcoolique ; mère bien portante ; une sœur s'est suicidée à l'âge de trente ans en se jetant dans l'eau ; un frère mort à 36 ans, phthisique.

La malade a toujours joui d'une bonne santé ; aucune maladie grave à relever dans ses antécédents personnels ; la menstruation est régulière.

Entre à l'asile pour un accès maniaque ayant débuté il y a cinq jours. Le point de départ paraît être une déception d'amour. Cette jeune fille, qui jusqu'alors n'avait pas présenté de troubles intellectuels, a été prise brusquement d'agitation avec désordre des actes : elle crie, chante, frappe son entourage, dit qu'elle veut se tuer, essaie de se jeter par la fenêtre, réussit un jour à se faire une blessure assez sérieuse avec un couteau.

Cet état maniaque persiste quelques mois ; puis la malade sort guérie.

Obs. XCII. — B..., âgé de trente ans, manouvrier. Extrait du certificat d'admission : « Il résulte de l'examen de ce ma-

lade et de l'enquête que le sieur B... a déjà été enfermé pendant dix-huit mois à l'asile de Bourg, que plusieurs de ses frères et sœurs ont été internés également et que, d'autre part, le 25 et le 28 novembre, il a essayé de mettre le feu chez lui, s'est promené tout nu dehors, a dit qu'il allait se tuer, s'est jeté dans le canal à six heures du matin et s'est fait une blessure à l'avant-bras gauche. Ses réponses indiquent un état maniaque avec incohérence des idées et désordre des actes..., etc. »

Certificat de vingt-quatre heures : « Est dans un état d'aliénation mentale caractérisée par de l'incohérence des idées et des actes. Ce malade, qui paraît à certains moments avoir conscience de son état, nous dit qu'on l'a conduit à l'hôpital parce qu'il avait la tête détraquée. Il a des moments d'agitation, dit-il ; il lui passe de drôles d'idées dans la tête : ainsi, hier, il croyait qu'on allait enterrer les gens tout vivants. Il fait souvent des gestes ridicules et désordonnés : il tourne plusieurs fois sur lui-même, et, quand on lui demande pourquoi il se livre à ces actes extravagants, il répond : « Que voulez-vous, c'est une drôle de « maladie, etc. »

Ce malade sort guéri au bout de quelques mois.

Certains aliénés à accès maniaques intermittents avec impulsions au suicide et aux actes de violence se rapprochent singulièrement des épileptiques larvés. Il est probable qu'on arrivera bientôt à les ranger dans la catégorie des comitiaux.

OBS. XCIII. — Une malade, âgée de vingt-deux ans, enfant de l'Assistance publique, n'ayant jamais eu de maladie grave, n'ayant jamais présenté de crise, est internée à la suite de violences exercées sur son entourage et d'une tentative de suicide. Elle est très agitée, désordonnée, doit être camisolée. Au bout de huit jours, l'agitation va en s'atténuant, et au bout d'un mois la malade est calme. Quinze jours après, nouvel accès d'agitation extrême ; la malade cherche à blesser ses compagnes, s'égratigne, se frappe la tête contre les murs de sa cellule. Elle contracte une pneumonie dans le cours de ce second accès maniaque et meurt.

OBS. XCIV. — B..., vingt-quatre ans, dévideuse. Antécédents héréditaires : le père de cette jeune fille a éprouvé à différentes reprises des accidents nerveux à forme de crises, se

produisant la nuit surtout et accompagnés d'hallucinations. Ces crises, occasionnées par une frayeur, se sont répétées assez fréquemment pendant douze années et ont guéri sans traitement. **Antécédents personnels :** bonne santé dans l'enfance et jusqu'à ces derniers temps ; menstruation à partir de quatorze ans, sans incidents particuliers. Rien d'anormal ne s'était encore révélé dans l'état de cette jeune fille, lorsqu'il y a deux mois, elle fit la rencontre d'un sorcier qui lui prédit son avenir. Elle devait épouser un mari qui lui ferait beaucoup d'enfants, qui serait tué ensuite, ... etc. Dès le lendemain de cette prédiction les allures de la jeune fille étaient profondément changées ; elle était taciturne, inabordable, cessait de manger et commençait à s'enfermer la nuit dans sa chambre. Malgré les soins affectueux de la famille, ces symptômes n'ont fait qu'augmenter jusqu'à ce jour. Plusieurs fois depuis le début il y a eu de véritables accès d'agitation maniaque pendant lesquels elle se jetait sur les personnes de son entourage ou cherchait à se suicider, tentatives où elle a mis toute l'énergie possible ; elle a voulu se jeter une fois du haut d'une fenêtre, une autre fois se couper le cou avec des ciseaux, deux ou trois fois s'étrangler avec une cravate ou un mouchoir de poche.

B. Paralyse générale. — Le suicide est excessivement rare dans le cours de la paralysie générale ; et lorsqu'il s'y rencontre, il affecte certains caractères particuliers qui reflètent bien l'état d'affaiblissement intellectuel ordinaire à la méningo-encéphalite

C'est presque exclusivement dans la forme dépressive, mélancolique ou hypocondriaque, que les tentatives de suicide se produisent. On a mis hors de doute, par une étude clinique de plus en plus complète de la paralysie générale, la fréquence des états mélancoliques ou hypocondriaques. C'est ainsi que, dans la moitié au moins des cas de paralysie générale, le début est marqué par une période de délire mélancolique. Voisin (1) même prétend plus souvent rencontrer le délire mélanc-

(1) Voisin. *Traité de la paralysie générale des aliénés*. Paris, 1879.

colique que le délire expansif à la période initiale de la maladie. D'autre part, surtout si l'on peut incriminer la syphilis (Fournier), le délire mélancolique ou hypocondriaque peut se poursuivre pendant toute l'évolution de la paralysie générale. Quelquefois aussi, le délire mégalomaniac est interrompu par des périodes de mélancolie ou d'hypocondrie.

C'est dire que les idées et les tentatives de suicide peuvent se présenter dans toutes les étapes de la maladie ; mais leur moment de prédilection est la période initiale à forme dépressive.

OBS. XCV. — Femme T..., âgée de trente-deux ans, entrée en mai 1899.

Antécédents héréditaires. — Père mort paralysé ; mère morte d'affection inconnue après avoir présenté un état mélancolique provoqué par le mariage de sa fille ; deux frères morts au régiment de maladies inconnues.

Antécédents personnels. — Pas de maladie grave ; réglée régulièrement. Divorcée il y a dix ans ; n'a vécu que trois ans avec son mari qui lui a dissipé sa dot, se grisait souvent et découchait sans cesse. Très grande misère dans son ménage. D'autre part, elle a eu à sa charge son beau-frère et sa mère pendant longtemps. Très sobre, pas de syphilis (?).

Il y a quinze jours, les voisins s'aperçurent qu'elle donnait des signes de folie. Elle est excitée, frappe son entourage, fait une tentative de suicide. Elle voulait se tuer en se frappant avec un couteau. Elle a fait sa tentative devant de nombreuses personnes qui l'ont arrêtée. Elle dit que si elle a voulu se détruire, c'est parce qu'elle était trop ennuyée, qu'elle se trouvait seule, qu'elle avait des peurs sans motif. Elle ajoute qu'elle était alors excitée et qu'elle ne s'est pas bien rendu compte de ce qu'elle faisait. La malade arrive à l'asile à la suite de cette tentative : elle est anxieuse, présente un trouble notable dans les idées, cherche à s'échapper, mange peu, dort assez bien.

26 mai. Toujours mélancolique, presque stupide, répond à peine aux questions, propos niais.

Septembre. Embarras de la parole, inégalité pupillaire, subagitation, trouble dans les idées ; actes souvent inconscients et puérils, marche difficilement.

Octobre. Les symptômes de la paralysie générale s'accusent de plus en plus.

OBS. XCVI. — C... (Antoine), âgé de cinquante-deux ans, terrassier. Aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires et personnels. Il entre à l'asile à la suite d'une tentative de suicide par pendaison. Il est anxieux (tout est perdu, il n'a plus rien, il faut qu'il meure) et présente quelques idées de persécution. Voici les certificats successifs qui le concernent :

Vingt-quatre heures : est atteint de mélancolie avec idées de persécution. Quinzaine : Même état mélancolique.

Certificat de situation. — Ce malade est atteint de mélancolie avec idées de persécution ; des gens l'ont roué de coups, dit-il, et voulaient l'assassiner. Ses facultés intellectuelles sont affaiblies ; de temps à autre se manifeste une légère excitation avec gâtisme intermittent. C..., dont les forces physiques sont très affaiblies, est incapable de tout travail ; tous ces symptômes réunis indiquent une tendance très marquée à la démence. Il est donc probable que ce malade ne pourra jamais rentrer dans sa famille ; actuellement, il est dangereux pour lui et pour les autres et doit être maintenu à l'asile.

Quelques mois plus tard les symptômes physiques de la paralysie générale se montrent ; pas d'idées de grandeur, mais démence et affaiblissement physique progressif. Décès et autopsie confirmant la méningo-encéphalite.

Il arrive quelquefois que des paralytiques généraux mégalomaniques sont victimés de leurs idées de grandeur : « On trouve dans la forme expansive des cas de morts accidentelles qu'on pourrait être tenté de mettre sur le compte du suicide. Elles ne doivent être attribuées qu'à la mise à exécution des idées de grandeur qui hantent les malades. Tel ce paralytique qui va se placer en face d'une locomotive en marche pour montrer qu'il est de force à pouvoir l'arrêter ; tel aussi cet autre qui, voulant prouver qu'il peut voler aussi bien qu'un oiseau, monte sur un arbre et se lance dans le vide » (Christian et Ritti) (1). Un de nos malades se croyant

(1) Christian et Ritti. Article « Paralysie générale » du *Dict. encycl.*, p. 755.

immortel voulait sauter par la fenêtre pour montrer qu'il se relèverait sans aucun mal.

Les mobiles du suicide sont, la plupart du temps, puérils ou même absurdes. En peut-il être autrement avec l'état d'affaiblissement intellectuel qui caractérise la méningo-encéphalite ? Les mobiles absurdes se rencontrent de préférence chez les paralytiques généraux hypocondriaques ; c'est ainsi qu'un de nos malades a cherché à se détruire parce qu'il était persuadé que ses jambes se rapetissaient petit à petit, que son nombril faisait une saillie de plus en plus prononcée. Un paralytique était devenu fort inquiet et parlait de se tuer parce qu'il se croyait atteint d'une hernie inguinale volumineuse qui mettait obstacle au libre cours des matières.

OBS. XCVII. — B..., trente-deux ans, malade depuis trois ans. Mère nerveuse avec accès intermittents de mélancolie. Alcoolisme, syphilis probable (?). Vertiges, attaques épileptiformes ; n'a plus de mémoire ; hallucinations de la vue et de l'ouïe ; quelques idées de persécution ; craintes puériles ; conceptions hypocondriaques : ses jambes se rapetissent peu à peu ; son estomac ne digère plus, son nombril fait une saillie exagérée, etc. Il devient de plus en plus inquiet et fait une tentative par submersion. Ce malade meurt au bout d'un an et demi de marasme paralytique après avoir présenté de nombreuses attaques épileptiformes.

La mise en œuvre est particulière aussi chez le paralytique général ; ce dernier ne cache nullement ses idées de suicide, et, lorsqu'il passe à l'exécution de l'acte, ce qui est très rare, il accomplit sa tentative sans s'occuper s'il peut être observé et, par conséquent, empêché dans son projet. Christian et Ritti, dans leur article du *Dictionnaire encyclopédique*, signalent le cas d'un malade qui s'est étranglé presque au milieu de ses camarades. Dans notre observation la malade fait sa tentative devant une nombreuse assistance.

Enfin, chez le paralytique général les idées de suicide ne présentent ordinairement aucune fixité : « Un malade cité par Mendel veut s'asphyxier par l'oxyde de carbone; il se met au lit après avoir fermé la clé de son poêle; mais à peine couché, il réfléchit qu'il a la poitrine délicate, que la vapeur du charbon va le faire tousser, et il se précipite à la fenêtre qu'il ouvre largement. Un autre veut se noyer, entre dans l'eau, mais il se rappelle qu'il a des rhumatismes et aussitôt il revient au bord » (Christian et Ritti).

Il est incontestable que plus la déchéance intellectuelle fait des progrès, plus aussi les mobiles et les tentatives de suicide se font remarquer par leur absurdité et leur incohérence.

§ IX. — *Du suicide chez les dégénérés inférieurs (idiots et imbéciles).* — L'idée de suicide ne peut germer dans le cerveau de l'idiot, pour qui tout se réduit à la vie végétative, instinctive. Les mutilations que les idiots exercent sur eux-mêmes ont tous les caractères des actes automatiques; elles ne sont liées à aucune manifestation délirante et sont puissamment aidées par une perversion ou un défaut remarquable de la sensibilité, car, non seulement ces malades se mutilent froidement et en dehors de toute excitation, mais encore beaucoup paraissent y trouver un certain plaisir. Ce sont là des faits que tous les médecins d'asile ont pu observer. Esquirol en cite un exemple : « J'ai vu, dit-il, une idiote qui, avec ses doigts et ses ongles, avait percé sa joue, jouer avec un doigt placé dans l'ouverture, et finir par la déchirer jusqu'à la commissure des lèvres sans paraître souffrir. »

Le suicide chez l'idiot, excessivement rare d'ailleurs, est donc toujours dû à une impulsion inconsciente; c'est

un acte automatique, le résultat de mutilations multiples et avengles.

Chez l'imbécile, le penchant au suicide, bien que rare encore, se rencontre avec une plus grande fréquence.

Cobbold (1), directeur de l'asile d'Earlswood, a noté pendant une période de quatre ans des tendances au suicide chez six imbéciles.

Pour notre part, nous n'avons observé, en cinq ans, qu'un seul cas qui soit très net. Il arrive très souvent, il est vrai, que des imbéciles froissés de ce que l'on ne fasse pas assez attention à eux, qu'on rejette leurs requêtes, qu'on critique leurs actes (car ils sont très vaniteux et fort sensibles aux flatteries), disent qu'ils veulent se tuer; mais ce sont là « des paroles en l'air », comme on dit vulgairement; elles sont loin de traduire leur pensée. Ces menaces ne sont pas suivies de tentatives; c'est un moyen de se rendre intéressant, une bonderie sans danger.

En général, les imbéciles sont plutôt craintifs, l'idée de la mort les effraye. Ils sont extrêmement prudents lorsqu'ils croient se trouver en face d'un danger quelconque. Dans un asile où l'on conduisait chaque semaine les malades tranquilles se baigner à la rivière, nous avons pu nous rendre compte que les imbéciles ne se mettaient à l'eau qu'avec une grande répugnance, redoutant toujours d'être victimes d'un accident.

Et cependant, malgré ce fouds craintif, le penchant au suicide peut se manifester chez quelques-uns d'entre eux. Il se présente alors sous trois aspects différents: il peut être provoqué par un état mélancolique; dans d'autres cas, il a le caractère d'un acte impulsif avec ou

(1) Cobbold. Quelques cas de tendance au suicide chez les imbéciles (in *Journal of mental science*, numéro d'octobre 1886).

sans état émotif. Il peut aussi offrir le caractère d'un acte d'imitation ou de suggestion.

Les états mélancoliques sont fréquents chez les imbéciles, soit qu'ils tiennent à des troubles physiques intercurrents (surtout du côté du système digestif), soit qu'ils reconnaissent pour cause des actions morales dépressives, qui offrent alors un caractère absolument pathognomonique, en raison du terrain même sur lequel elles agissent; elles sont presque toujours futiles, parfois absurdes. C'est par exemple la perte d'un chien, d'un oiseau, une gronderie légère, etc. C'est surtout dans les états mélancoliques provoqués par des causes de cette nature que s'observent les idées de suicide.

A ce point de vue, les imbéciles se rapprochent des enfants; leur intelligence est restée puérile; ils demeureront souvent indifférents à la perte d'un père, d'une mère, et ne pourront supporter une contrariété légère. Ils obéissent aux mêmes mobiles et présentent souvent les mêmes réactions en ce qui concerne le suicide.

Chez beaucoup d'imbéciles, la tendance au suicide est impulsive; ce genre de suicide est peut-être le plus fréquent.

Chez les dégénérés inférieurs, les impulsions se manifestent surtout par des actes agressifs, et encore il nous semble qu'on a singulièrement exagéré la fréquence des impulsions dangereuses chez les imbéciles. Si, au dehors des asiles, on s'accorde à reconnaître qu'ils ont la fâcheuse tendance de frapper, il faut bien avouer qu'ils sont, pour la plupart, un jouet, non seulement pour les enfants, mais même pour nombre de personnes de leur entourage. Ils frappent alors parce qu'ils sont taquinés, et non parce qu'ils ont des impulsions; c'est un acte de défense et rien de plus.

Le suicide impulsif coïncide le plus ordinairement avec des périodes d'excitation pendant lesquelles le

malade peut être dangereux pour son entourage et pour lui-même.

L'idée obsédante du suicide, une forme des plus rares, appartient, de préférence à l'imbécile « supérieur », alors qu'il tend à se séparer de l'imbécile ordinaire pour devenir un débile. Elle offre cette particularité de ne pas s'accompagner, dans la grande majorité des cas, d'état angoissant.

L'acte suicide, considéré en lui-même, présente certains caractères spéciaux, en rapport avec l'état mental insuffisant des malades. La détermination est, le plus souvent, rapide, et, bien que n'obéissant pas à une impulsion, l'imbécile ne discute pas son projet; sitôt que l'idée de suicide se présente à son esprit, il cherche à la mettre à exécution. Les moyens employés sont, le plus souvent, peu en rapport avec le but à atteindre; aussi la plupart des tentatives restent sans effet. Ces malades se servent, pour se couper le cou, de vieux couteaux, de débris de verre; ils se lacèrent les chairs avec des clous, des morceaux de bois non effilés; ils se font ainsi, quelquefois, des mutilations graves sans arriver à se donner la mort.

De même que chez les idiots, l'insensibilité est souvent remarquable chez ces malades; ils se font les plus horribles blessures sans pousser le moindre gémissement. Cet état d'insensibilité est surtout prononcé chez les impulsifs. Les imbéciles qui attendent à leurs jours dans une période de mélancolie sont souvent arrêtés dans leurs projets par la douleur ressentie, le froid de l'eau, etc.

Quelques imbéciles acceptent le suicide par imitation, par suggestion, sans motif plausible.

Enfin les imbéciles oublient rapidement leurs idées de suicide; ils se bornent, le plus souvent, à leur première tentative. Ils manquent de persévérance, de sang-

froid, et, dans beaucoup de cas, s'arrêtent au milieu de leur tentative.

Ni Foville (1), ni Chambard (2) ne font allusion au penchant suicide chez les dégénérés inférieurs.

Bichoret (3) publie deux observations, l'une d'un imbécile impulsif, l'autre d'un imbécile mélancolique.

« X..., placé à l'asile de Blois, venant de Bicêtre, est un imbécile adonné à la masturbation et sujet à des crises nerveuses mal déterminées. Ce malheureux s'est coupé la langue avec les dents et a fait ainsi disparaître toute la partie libre de cet organe. Il se broie les doigts dans les portes, s'enfonce des clous dans le cuir chevelu, dans la poitrine, et se suiciderait si on le laissait faire. »

La seconde observation concerne un imbécile qui, à l'asile de Marseille, s'est ouvert la paroi abdominale à l'aide d'un fragment de vitre et a pris plaisir à dérouler son intestin par l'ouverture qu'il avait pratiquée. Il a succombé quinze heures après d'une péritonite suraiguë.

Galais (4) mentionne un cas de suicide imposé à une imbécile. Il s'agit d'une malade qui s'est laissé persuader de se faire couper le cou par une lypémaniaque. Cette dernière, voulant en finir avec la vie, cherchait à commettre un crime qui la rendît passible de la peine de mort. L'opération dirigée avec peu d'intelligence fut longue, mais exécutée.

Cobbold (5) relate cinq observations de tendance au suicide chez des imbéciles; les voici résumées. Dans le

(1) Foville. Article « Idiotie et imbécillité » (*Dict. de médecine et chirurgie*).

(2) Chambard. Article « Idiotie et imbécillité » (*Dict. encycl. des sciences médicales*).

(3) Bichoret. In *Mouvement médical*, 11 novembre 1866.

(4) Galais. Des mutilations chez les aliénés, *Th.* Paris, 1867, p. 17.

(5) Cobbold. *Loc. cit.*

premier cas il s'agit d'un homme que la perte d'un chat décide à se débarrasser de l'existence ; mais, le courage lui manque au bord de l'eau. Le second cas concerne un homme de vingt-neuf ans qui, sous prétexte qu'il est taquiné et injurié par ses voisins, prend la résolution de se suicider ; il entre dans l'eau, mais avant de perdre pied, il se ravise et renonce au suicide. Dans le troisième cas, le malade approche un couteau de sa gorge pour se tuer ; il paraît avoir agi sous l'influence d'une impulsion momentanée, survenue sans motif apparent. Le quatrième, âgé de dix-neuf ans, essaie de s'ouvrir une veine, puis de se couper la gorge ; la tendance au suicide chez lui est toujours impulsive et n'est jamais le résultat de la réflexion.

Celui de la cinquième observation a vingt ans ; ses tentatives antérieures à son entrée sont au nombre de cinq ou six ; elles n'ont jamais eu de motif sérieux, et la fermeté nécessaire à l'exécution a toujours fait défaut.

Au Congrès de Paris, Camuset (1), tout en faisant remarquer la rareté de ces cas, présente l'observation d'un imbécile avec impulsions conscientes au suicide, impulsions accompagnées d'angoisse. Voici le résumé de cette observation : « Albert C..., atteint d'imbécillité, a un caractère déplorable ; volontaire et irascible, il ne répond que quand il lui plaît. Asymétrie prononcée. Né d'une fille mère, mariée depuis et dégénérée elle-même... Son existence, pendant dix-huit mois, en périodes irrégulières de tranquillité relative et d'anxiété avec pleurs, gémissements, plaintes et impulsions à se frapper, à s'arracher les cheveux, à se frotter jusqu'au sang, à se faire, en un mot, le plus de mal possible, avec cette particularité qu'il avait pleinement conscience de

(1) Camuset. Congrès de médecine mentale, Paris 1889, *Compte rendu*, p. 40.

son état et de ses impulsions et qu'il demandait à être maintenu aussitôt qu'il sentait venir la crise. Jamais il n'a eu de délire ni d'incohérence. Il s'agit là d'accès impulsifs conscients avec anxiété et angoisse. Quand la crise était finie, il demandait qu'on le laissât libre.

Nous pouvons ajouter aux observations précédentes celle d'un imbécile qui, à deux reprises différentes, a cherché à se suicider, pour des motifs puérils, et à l'aide de moyens peu appropriés au but poursuivi.

OBS. XCVIII. — C... (Antoine), âgé de quarante-cinq ans, entré à l'asile il y a huit ans; ne sait ni lire ni écrire, bien qu'ayant fréquenté assez longtemps l'école. Son intelligence est rudimentaire, ses connaissances très limitées. Chez lui, n'a pu être occupé qu'à quelques menus travaux d'agriculture ou préposé à la garde d'un troupeau de moutons. Il était souvent en butte aux quolibets des enfants du voisinage, et, un jour, ayant frappé avec violence plusieurs de ces enfants, il fut interné. Il est vrai d'ajouter qu'il se livrait fréquemment à l'onanisme et, suivant le certificat médical d'entrée, il aurait été, à plusieurs reprises, un sujet de scandale.

Depuis son entrée à l'asile, ce malade s'est montré assez docile, bien que laissant percer une certaine susceptibilité, un désir morbide de paraître. Il s'occupe à des travaux d'intérieur, suit parfois l'équipe de brouettiers. Il a eu plusieurs fois des altercations avec les autres malades et se livrerait facilement à des voies de fait si l'on ne s'interposait.

Depuis son entrée, et dans l'intervalle de quinze jours, il a fait deux tentatives de suicide. La première fois, il a cherché à se couper le cou avec un morceau de verre; il a réussi simplement à se faire quelques coupures de peu d'importance; la vue du sang, la douleur ressentie l'ont arrêté dans ses projets. La deuxième fois, il s'est enfoncé à 5 centimètres environ sous la peau un clou, au niveau du larynx; il n'a pas persisté à le faire pénétrer plus profondément. Interrogé sur le mobile de ses tentatives, il répond qu'il ne s'ennuie nullement, qu'il est au contraire satisfait d'être à l'asile où l'existence est plus douce que dans sa famille, mais qu'il doit « faire de la place aux autres ». Il prétend qu'un gardien lui avait fait observer qu'il faisait mal son travail et que, si cela continuait, sa place serait

donnée à un autre malade qui s'acquitterait mieux de son emploi.

Ces tentatives ont eu lieu il y a huit mois environ ; et depuis, le malade paraît avoir complètement renoncé à ses idées de suicide ; il n'y attache lui-même que peu d'importance.

En résumé, chez les dégénérés inférieurs, le penchant au suicide, à peine esquissé chez l'idiot, ne se manifeste que très rarement chez l'imbécile. Sur 22 imbéciles admis, en cinq ans, nous n'avons trouvé que celui qui fait l'objet de l'observation ci-dessus.

Les tentatives de suicide, surtout provoquées par des impulsions ou des états mélancoliques, se distinguent par la puérilité des mobiles et des moyens mis en œuvre, le manque de persévérance et de sang-froid dans l'exécution, l'oubli rapide de la tentative, tous symptômes particuliers à l'état mental insuffisant de ces malades.

(*A suivre.*)

Revue critique.

L'ASSISTANCE PUBLIQUE DES ÉPILEPTIQUES

Par le Dr Victor PARANT

Médecin directeur de la Maison de santé de Toulouse.

Au commencement du troisième acte de *Tartuffe*,
Dorine, s'adressant à Damis, lui dit :

On n'exécute pas tout ce qui se propose,
Et le chemin est long du projet à la chose.

Ce ne serait pas sans raison qu'on pourrait prendre ces paroles comme épigraphe, à propos de l'assistance publique des épileptiques : on en parlait il y a plus d'un siècle. A l'époque où se préparait la grande loi de 1838 sur les aliénés, Ferrus, l'homme éminent qui fut le protagoniste de cette loi et dont on perd aujourd'hui un peu trop le souvenir, parla de faire aussi quelque chose pour les épileptiques ; mais ce qu'il en dit n'eut point d'écho. Depuis lors, malgré le long temps écoulé, malgré tout ce qui a été dit ou écrit à ce sujet, l'idée n'a fait que des progrès médiocres et n'est entrée que d'une manière qu'on peut bien qualifier de mesquine dans le domaine de la réalisation. Encore faut-il constater que jusqu'à ces derniers temps, c'est l'initiative privée qui seule y avait fait quelque chose ; les pouvoirs publics s'en étaient complètement désintéressés. Non pas que personne conteste l'importance de leur intervention. Mais tant d'autres projets sollicitent l'attention, tant d'entreprises d'une importance non moindre viennent à la traverse, et les fluctuations de l'opinion publique sur la

priorité à accorder à telle ou telle réforme, ont de si grands revirements qu'en fin de compte on pourrait à certains moments croire que l'idée est entièrement oubliée. Elle fait son chemin, cependant; à mesure qu'elle avance, elle prend quelques forces : *vires acquirit eundo*, comme on disait dans le temps où les études latines étaient encore en honneur, et peut-être touchons-nous au moment où elle pourra enfin s'épanouir, où elle touchera à la réalisation pleine ou entière. Quelques indices permettent de le croire et ces indices nous paraissent intéressants à constater. Nous les trouvons dans des publications que nous avons sous les yeux, et sur lesquelles il convient d'appeler l'attention de quiconque s'occupe d'assistance.

L'une de ces publications émane de M. le Dr Vernet, aujourd'hui médecin-adjoint des asiles d'aliénés. Elle est pleine de renseignements précieux sur l'évolution de la question de l'assistance des épileptiques. Elle a été écrite sous l'inspiration du très distingué médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Blois, M. le Dr Dontreberte; elle a pour but final de faire connaître la fondation, dans le département du Loir-et-Cher, d'un établissement consacré exclusivement aux épileptiques et qui, du nom d'un très généreux bienfaiteur, s'appelle Hospice Dessaigne (1).

Une autre publication est le compte rendu de la première assemblée générale annuelle de l'association fondée aux Etats-Unis d'Amérique pour l'étude de l'épilepsie, l'assistance et le soin des épileptiques (2).

C'est enfin le huitième et le neuvième rapports annuels (1901 et 1902) sur la colonie Craig pour épileptiques, colonie dont la création a été naguère signalée aux lecteurs des *Annales médico-psychologiques*.

Quand on parle de l'assistance des épileptiques, quand on dit que rien ou presque rien n'a été réalisé à

(1) L'assistance des épileptiques. L'hospice Dessaigne à Blois, par le Dr Georges Vernet. Thèse de Paris; — Paris, G. Naud, 1902.

(2) *Transactions of the national association for the study of epilepsy, and the care and treatment of epileptics*; — Buffalo, New-York, Brinckwort, 1901.

son égard, il est bon de s'entendre et de bien préciser ce qu'on veut dire. Ce qui nécessite de le faire, c'est que les catégories sont diverses, et que, comme il y a fagots et fagots, il y a épileptiques et épileptiques. Il y a ceux qui ne sont qu'épileptiques ou à peu près ; il y a ceux qui sont en même temps autre chose. De ces derniers, les deux catégories principales, voire même les seules, sont celles des épileptiques imbéciles ou idiots, et celle des épileptiques aliénés ; or, pour ces catégories d'épileptiques la question d'assistance ne se pose plus : elle est résolue en tant qu'on les considère avant tout comme aliénés ou comme idiots. Les hospices d'incurables s'ouvrent à tous les idiots, qui, en même temps et au même titre que ceux qui sont des aliénés proprement dits, ont droit d'asile dans les établissements spéciaux d'aliénés. Cependant il importe d'observer que dans l'opinion de quelques-uns, et il en est ainsi notamment aux Etats-Unis, tous les épileptiques, quels qu'ils soient, devraient être réunis dans les établissements spéciaux pour épileptiques, sous la seule réserve que chacun y soit distribué suivant son état et les variations de son état. Lorsqu'il s'agira de créer des maisons pour épileptiques, on devra donc se demander s'il ne convient pas de se ranger à l'opinion dont il s'agit et qui doit désormais être l'objet de considérations attentives. Ce qui lui donne un premier fondement, c'est qu'en fait, dans les asiles d'idiots comme dans les asiles d'aliénés, on a été généralement obligé de créer des divisions spécialement réservées aux épileptiques ; et cela non sans raison, car la vue des attaques convulsives peut être désagréable ou nuisible à ceux devant qui elles se produisent. Quoi qu'il en soit, la question d'assistance ne se pose plus pour les épileptiques aliénés ou idiots ; elle ne se pose à proprement parler que pour ceux qui, étant aussi sains d'esprit qu'un épileptique peut l'être, ne sont simplement que des épileptiques.

Les raisons qui justifient le droit de ceux-ci à l'assistance sont des plus graves, des plus dignes d'être prises en considération. Bien entendu, quand on parle du droit à l'assistance, on ne peut avoir en vue que le droit des malades qui ne peuvent, ni dans leur famille, ni dans leur entourage, trouver l'appui et les secours qui leur

sont nécessaires. Et encore, à tout bien considérer, on arriverait à reconnaître que ceux-là même dont la famille, suffisamment aisée, serait en mesure de les garder au milieu d'elle, ceux-là même qui par leur situation de fortune n'ont point à se préoccuper des nécessités de la vie, pourraient dans certains cas, et notamment dans le cas où ils auraient à suivre un traitement régulier et bien ordonné, tirer profit de l'établissement d'assistance; mais pour bien des motifs, il vaut mieux ne pas les faire entrer en ligne de compte et ne s'occuper que de ceux du premier groupe.

Or, en vérité, est-il situation plus triste, plus inquiétante, plus précaire, plus misérable, plus digne d'intérêt et de pitié, que celle de ces malheureux? Leur infirmité fait d'eux un objet d'horreur ou de répulsion pour presque tout le monde; on s'écarte d'eux, on les tient en suspicion, on les traite en parias: jeunes enfants, on les évince des écoles où ils s'instruiraient alors qu'ils ont de l'aptitude à le faire; aux approches de l'âge adulte, ils ne peuvent trouver place dans les ateliers où ils apprendraient les métiers qu'ils sont susceptibles d'exercer; hommes, et capables de gagner leur vie, de faire quelque chose de bon et d'utile, on les écarte presque de partout, précisément à cause de la répulsion qu'ils inspirent ou des inquiétudes auxquelles ils donnent lieu. En notre temps où les lois font peser sur les patrons des responsabilités de tout genre relativement aux ouvriers qu'ils emploient, est-il un patron, est-il un entrepreneur qui veuille risquer de porter la peine d'un accident consécutif à une attaque d'épilepsie? Bien plus, il faut constater que ceux mêmes des épileptiques qui par leur industrie et leur habileté seraient capables de se rendre indépendants et de travailler pour leur compte, étant à eux-mêmes leur propres patrons, sont souvent à cause de leur état empêchés de le faire.

Nous avons eu, il n'y a pas très longtemps, à nous occuper d'un épileptique qui s'était mis à la tête d'un atelier de relieur. Il était assez habile dans sa profession; l'atelier dont il avait pris la suite d'affaires était bien achalandé; il pouvait espérer y bien gagner sa vie, tout en conservant son indépendance. Hélas! au bout de peu de temps, il constata que les clients de la maison

devenaient moins nombreux. Les uns avaient assisté à des crises convulsives; les autres se plaignaient de quelques malfaçons, souvent de peu d'importance, qu'on attribuait naturellement à l'infirmité de notre homme, qui bientôt se vit dans un triste isolement où il ne pouvait plus faire convenablement ses affaires. Déprimé par le chagrin, par le désespoir, il tenta de mettre fin à ses jours : il était bien certainement, ce malheureux, digne de l'assistance.

Cette assistance, telle que nous venons de l'envisager, a sa raison d'être dans l'individu lui-même; elle lui est alors en quelque sorte intrinsèque. A un autre point de vue, non moins important, non moins grave, elle lui est au contraire extrinsèque et tire sa raison d'être de l'intérêt même de la société et de l'ordre public. Il est bien avéré aujourd'hui que tout épileptique, si sain d'esprit qu'il paraisse, est, par le fait même de sa maladie, en puissance de trouble mental. Nous avons eu occasion de nous étendre autant qu'il le fallait sur ce sujet dans le rapport que nous avons présenté au sixième congrès des aliénistes de France, à Bordeaux, sur les impulsions épileptiques (1). A cause de cela l'épileptique a besoin constamment d'être bien entouré, bien surveillé, bien protégé.

Si donc il ne peut trouver cette surveillance et cette protection dans son entourage, s'il est trop abandonné à lui-même, l'intérêt public commande qu'on lui donne l'assistance publique. Pour qu'il soit, comme il le faut, bien entouré, bien surveillé, il ne lui suffit pas d'avoir près de lui des parents, des amis qui consentent à se charger de lui, à le garder près d'eux. Il faut encore que ces parents, ces amis soient assez libres de leur temps, et assez intelligents pour que leur surveillance soit efficace. Mal surveillé, l'épileptique est dans une situation aussi défectueuse, aussi dangereuse, que s'il était abandonné entièrement à lui-même.

Les raisons d'instituer l'assistance des épileptiques sont donc des plus sérieuses et c'est avec vérité que M. le Dr Vernet a pu s'exprimer à ce sujet comme il l'a

(1) *Les impulsions irrésistibles des épileptiques*, par le Dr Victor Parant, Paris, Octave Doin, 1896.

fait. « A quelque point de vue qu'on se place, a-t-il dit, la même conclusion s'impose. Sa maladie rend à l'épileptique la vie ordinaire trop difficile, trop pénible et trop dure, pour qu'il ne doive pas considérer comme un bienfait sa mise en tutelle par la société. La présence d'un tel malade dans le milieu social est cause de tant d'inconvénients et source de tant de dangers que la collectivité doit trouver profit à l'en distraire... En présence d'un épileptique nous ne nous préoccupons nullement de rechercher ou de savoir s'il est ou non en pleine possession de ses facultés mentales; mais partout où l'épilepsie, quelle qu'elle soit, sous quelque forme clinique qu'elle se présente, se révélera génératrice de misère ou de danger, nous saisirons une indication impérieuse et précise d'assistance. »

Le principe de l'assistance publique des épileptiques étant ainsi posé, comment cette assistance doit-elle être réalisée? Autrement dit, de quelle nature sera l'établissement où elle s'exercera? Au temps jadis, l'assistance publique n'avait qu'une seule manière de se faire; on agglomérât les individus dans des bâtiments où on leur donnait le vivre et le couvert, et où, après cela, on estimait qu'on n'avait pas à s'occuper d'eux davantage; on les y regardait comme des non-valeurs; on les y livrait à eux-mêmes dans une oisiveté funeste, sans se mettre en peine de savoir s'ils étaient encore capables de rendre des services et d'être utiles à quelque chose. Les établissements de ce genre existent partout, et il en existera sans doute toujours. Il y a, en effet, de nombreuses catégories d'assistés pour lesquels il n'y a rien autre chose de possible. Mais pour les épileptiques dont nous nous occupons, il y a tout autre chose à faire. Le mode d'assistance qui leur convient, consiste à tirer parti de leurs aptitudes et de leurs capacités, à leur demander de compenser en tout ou en partie par leur travail, par les services qu'ils rendront, les avantages que la société leur accorde. Pourrait-il se faire que cette conception de l'assistance apparaisse aux yeux de quelques-uns comme une exploitation abusive de l'assisté, de ses infirmités et de sa misère? On pourrait en dire assurément bien long sur ce chapitre; mais ne

répondrait-on pas d'une manière suffisamment péremptoire en disant que : donner à l'assisté la possibilité de se rendre utile, la facilité d'exercer ses talents, ses aptitudes, son savoir sous quelque forme qu'il se présente; lui donner le moyen de ne pas être pour la société une charge trop lourde, c'est lui faire honneur, le relever à ses propres yeux et lui conserver dans toute la force du terme sa dignité d'homme. C'est du reste lui être utile, car les facultés mentales, de quelque ordre qu'elles soient, s'affaiblissent par l'inertie, se conservent au contraire et s'affermissent par l'exercice. C'est donc à ce mode d'assistance qu'il faut de préférence avoir recours; et comme, en n'importe quelle matière, il n'est argument, même de mince valeur, qu'il faille omettre, si c'est celui-là qui doit être décisif, on devra être d'autant mieux disposé à le faire que par son essence même il atténue, s'il ne détruit pas complètement, la portée d'une réponse que les pouvoirs publics sont trop aisément enclins à faire, quand on leur demande de créer une nouvelle forme d'assistance : ils disent que pour cela l'argent leur manque. Certes on ne peut disconvenir que, dans n'importe quelle condition et pour n'importe quelle catégorie d'assistés, il ne faille faire appel plus ou moins aux deniers publics. Il faut à tout le moins commencer par assurer aux assistés le logement, et pour cela des avances de fonds sont nécessaires. Mais ces avances une fois faites, si la vie quotidienne de l'individu n'est pas entièrement à charge à la société; si l'assisté, par son travail, par son industrie, par sa coopération, arrive plus ou moins complètement à ce qu'on appelle vulgairement gagner sa vie, quel soulagement énorme pour les finances publiques; et comment dès lors les autorités compétentes seraient-elles fondées à opposer un *non possumus* persistant ou absolu aux sollicitations qui leur seraient adressées?

C'est bien de cette façon que se présente, sous son jour le plus favorable, l'assistance publique des épileptiques réputés sains d'esprit; c'est à la réaliser de cette manière que doivent tendre les efforts de ceux qui comprennent la nécessité de la rendre effective; c'est ainsi, du reste, que semblent l'avoir comprise, à leur grand honneur, ceux qui ont réalisé, sur le terrain où nous

sommes, les progrès récents que nous nous sommes proposé de faire ici connaître.

Comme nous l'avons dit, c'est à faire connaître la création, à Blois, de l'hospice Dessaignes, que M. le Dr Vernet a consacré une partie importante de sa thèse inaugurale.

Qu'on nous permette de nous arrêter un moment ici sur une question de mots et de chercher aux créateurs de cet établissement une petite querelle, qui n'est effectivement qu'une querelle de mots, mais dont l'importance est peut-être plus grande qu'elle ne le semble de prime abord. Elle est relative à l'emploi du mot hospice. A notre avis, on devrait bien, pour un établissement de ce genre, ne pas se servir de ce vocable. Dans notre pays à tout le moins, et bien ailleurs aussi, sans doute, il a une signification défavorable. Il est en quelque sorte avilissant pour tous les individus qui sont destinés à y vivre. Entrer à l'hospice, c'est, dans l'esprit de la plupart des gens du peuple, quelque chose de méprisable; et il y a bien des gens qui seraient dans une condition où il leur serait à tous égards avantageux d'y entrer, qui reculent à le faire, qui le refusent même absolument, comme nous en avons vu des exemples significatifs, et qui préfèrent végéter dans la plus affreuse misère, que de se livrer à ce qu'ils considèrent comme une dégradation véritable. Il est aisé de trouver une désignation d'autre sorte et le mot de colonie, qui est déjà en honneur dans notre pays même pour l'assistance des vieillards, qui tend à s'employer couramment aux Etats-Unis, et qui n'a point les inconvénients dont nous venons de parler, trouverait ici une appropriation des plus heureuses.

La création de l'hospice Dessaignes, à Blois, remonte à l'année 1892. Le Conseil général du Loir-et-Cher y affecta des bonis provenant de l'asile d'aliénés, et un don de 10.000 francs fait à cette époque par M. Dessaignes. C'est ce don qui motiva l'attribution à l'hospice du nom de ce généreux bienfaiteur. Cette attribution était d'autant mieux justifiée que, depuis lors, le même M. Dessaignes a laissé par testament une somme de plus d'un million, pour étendre, améliorer, compléter

de toute manière, les bienfaits de la fondation qui perpétuera le souvenir de son nom. Il est à souhaiter, dans l'intérêt des malheureux épileptiques, que son exemple se généralise et trouve des imitateurs.

Pour ses débuts, l'hospice Dessaignes ne pouvant disposer que de ressources restreintes, ne s'est composé que d'un seul corps de bâtiment, au rez-de-chaussée duquel il y a réfectoire, salles de réunion, bains, et quelques services annexes. L'étage est occupé par deux dortoirs, chacun de seize lits. D'un côté sont des hommes, de l'autre des femmes. Jusqu'ici le service de l'alimentation a été fait par l'asile d'aliénés, qui est à faible distance, mais dont l'hospice est entièrement distinct.

L'hospice ne reçoit en principe que des épileptiques non aliénés, dont l'admission se fait sans application d'aucune exigence légale et qui, dans nombre de cas, sont reçus de leur plein consentement et sur leur demande expresse. « Jusqu'ici cependant, nous dit M. le Dr Vernet, il a accepté tous les convulsifs, quel que soit leur niveau intellectuel, même idiots, même déments, à la seule condition qu'ils soient calmes et inoffensifs. Il s'efforce même d'éviter l'évacuation sur l'asile des malades en état de délire transitoire lorsqu'il est permis de supposer, d'après les accès antérieurs, que leur maintien à l'hospice ne deviendra pas une cause de désordre ou de dangers. »

Si nous ne nous trompons, cette manière de faire semblerait indiquer que, dans l'esprit de ses organisateurs, l'établissement une fois arrivé à son entier développement, devrait s'ouvrir à tous les épileptiques, quels qu'ils soient, même aliénés. Nous serions, quant à nous, tout disposé à approuver cette manière de faire, à condition que ces aliénés aient une installation tout à fait distincte et appropriée à leur état, et que les lois sur la tutelle des aliénés y reçoivent leur pleine application.

Depuis son origine jusqu'en 1902, l'hospice Dessaignes a reçu 59 personnes, 33 hommes, 26 femmes. Dans ce nombre, 3 enfants au-dessous de treize ans, une quinzaine d'individus âgés de plus de soixante ans, le plus grand nombre ayant de vingt à trente ans au mo-

ment de leur entrée. Tous ont occupé le même dortoir, sous la seule distinction du sexe.

On aurait vite fait de critiquer une disposition qui réunit ensemble, dans un même dortoir, des enfants et des adultes. Il peut arriver, en effet, que certains actes de ceux-ci, certains de leurs exemples, soient nuisibles aux autres. Pour des motifs du même ordre, on pourrait blâmer la réunion des hommes et des femmes dans un même pavillon, et presque côte à côte. Mais de l'aveu de M. le D^r Vernet, si les enfants n'ont pas été mis à part, ce n'est pas qu'on n'ait pressenti ce reproche : c'est qu'on a trouvé le nombre des enfants trop minime pour justifier la création d'une section spéciale. Du reste, en présence d'une œuvre qui se fonde, il n'y a pas trop à rechercher les défauts de la première heure. Il faut avant tout en voir les avantages immédiats. Nul doute qu'en se développant, ce que permettront de faire à bref délai les libéralités du donateur, l'établissement aura autant de sections distinctes que le réclameront l'âge, le sexe et l'état des pensionnaires.

Ce qui montre bien que les créateurs de l'hospice Dessaigue conçoivent un établissement de ce genre d'après les vues que nous envisagions tout à l'heure, c'est que, dès le principe, ils ne se sont pas bornés à donner aux hospitalisés un toit et de la nourriture, mais qu'ils leur ont aussitôt procuré des occupations. Sur un domaine de quarante hectares, une ferme, des champs, des jardins, des ateliers pour des professions diverses, ont permis à tous ceux qui l'ont pu, de travailler suivant leurs forces ou leurs capacités, et pendant que ceux qui savaient déjà un métier étaient mis à même de l'exercer, les jeunes gens ont pu faire bon apprentissage et devenir, qui cordonnier, qui tailleur, qui serrurier ou menuisier, suivant les goûts personnels. De leur côté, les femmes se sont adonnées à tous les travaux de leur sexe.

Il convient d'insister sur ce fait que les hospitalisés de l'hospice Dessaignes ne sont réellement pas séquestrés. Sans doute, ils sont soumis à des règlements, et cela est nécessaire. Mais entrés volontairement, ils sont libres de s'en aller s'ils veulent. On peut aisément supposer que le régime de la maison a été agréable au

plus grand nombre, puisque, depuis l'origine, sur les cinquante-neuf admis, il n'y a eu que quatre départs.

Signalons encore un point, non le moins intéressant : tous les hospitalisés pour qui cela était possible, ont été soumis au traitement par les bromures, à la dose moyenne de 3 ou 4 grammes par jour ; exceptionnellement on est allé jusqu'à 7 grammes. Comme résultats on a constaté : dans onze cas, aucune amélioration ; dans neuf, une amélioration légère ; dans onze, enfin, une amélioration notable allant jusqu'à la cessation complète des accès pendant toute une année.

Voilà, dans ses lignes principales, ce qu'est actuellement l'établissement de Blois, pour épileptiques. Ce n'est qu'un commencement, on peut bien dire une amorce. Mais il convient d'en signaler la création, qui, en France, est bien la première de ce genre due aux pouvoirs publics ; elle permet d'espérer que ceux-ci, devant les résultats obtenus et qui deviendront de plus en plus tangibles, seront amenés à provoquer la création bien utile d'autres établissements du même genre.

Et c'est encore justice de constater que le mérite de son organisation revient pour une bonne part à M. le Dr Doutrebente, qui n'a eu à s'y inspirer presque que de lui-même, et qui, dans cet ordre de faits, s'est assuré le renom d'un initiateur utile au bien public.

Aux Etats-Unis, les choses sont assurément plus avancées qu'en France, bien qu'elles n'y aient commencé que postérieurement ; quatre Etats ont des établissements déjà bien constitués, en plein fonctionnement pour l'assistance des épileptiques ; ce sont ceux de New-York, de l'Ohio, de Massachusetts et de New-Jersey. Un cinquième, le Texas, est tout à fait au moment d'en ouvrir un. Ailleurs, il n'y a rien, et les épileptiques continuent d'être attribués, au hasard, aux asiles d'aliénés, aux maisons de charité ordinaires, voire même aux prisons.

Mais si l'on considère que les Etats-Unis de l'Amérique du Nord sont au nombre de quarante-deux pour un territoire infiniment plus vaste que la France, on peut bien dire qu'il y a encore très peu de fait en comparaison de ce qui reste à faire. Cependant il est évi-

dent que le mouvement relatif à l'assistance publique des épileptiques y est plus avancé que chez nous et les indices de ce mouvement qui se manifestent dans plusieurs autres Etats, font présager que le progrès ne tardera pas à être partout très sensible.

Le premier Etat qui ait organisé ce mode d'assistance, est celui de l'Ohio, où en 1893, on inaugura un établissement spécial appelé aussi hospice. Il reçut dès le principe deux cent cinquante épileptiques; sa population s'est rapidement augmentée, et actuellement elle est d'environ mille personnes. On estime que le nombre des épileptiques de tout l'Etat est d'environ trois mille cinq cents. C'est un des plus mal partagés sous ce rapport. Toutefois dans l'Illinois il y en aurait six mille.

Dès 1895, le Massachusetts avait à son tour décidé la construction d'un établissement destiné lui aussi à être appelé hospice, et dont le médecin-directeur fut nommé avant même le commencement de l'entreprise; c'est lui qui eut la mission de la mener à bonne fin et l'établissement fut ouvert en 1898. Il a été primitivement établi pour deux cents personnes, cent de chaque sexe, agglomérés dans de vastes dortoirs. Depuis lors, à mesure que la population s'est augmentée, on a édifié de nouveaux pavillons. Mais ceux-ci ne doivent recevoir qu'un nombre bien moindre de pensionnaires.

Au moment où le Massachusetts décidait la création de son établissement, l'Etat de New-York ouvrait le sien; il l'appelait non point un hospice, mais une colonie qui fut nommée Colonie Craig, du nom d'un homme qui a consacré sa vie au service des épileptiques.

Cette colonie compte actuellement plus de huit cents pensionnaires, tant hommes que femmes. Les pavillons ou cottages ne doivent chacun recevoir qu'un petit nombre d'individus, une trentaine au plus, tout comme le pavillon initial de l'hospice Dessaignes à Blois; et dans chacun d'eux il y a tout ce qu'il faut pour les besoins quotidiens de la vie de ceux qui l'occupent. La répartition des assistés s'y fait suivant leur âge, leur état ou la gravité de leur maladie.

L'administration de la colonie s'applique avec un soin particulier à obtenir que tous les pensionnaires y soient autant que possible occupés à quelque travail et

que chacun d'eux en donne une mesure convenable. Du côté des femmes, on fait entièrement tous les vêtements nécessaires. Du côté des hommes, le service des tailleurs n'a point encore donné un résultat aussi complet. Mais on s'efforce d'y atteindre. En outre, il n'est pour ainsi dire pas un des corps de métiers dont le concours puisse être utile à la colonie auquel on n'ait pas donné le moyen de rendre des services.

A côté du travail manuel on a organisé l'enseignement proprement dit; des écoles sont ouvertes à tous ceux qui veulent en profiter, principalement aux jeunes. L'instruction qu'on leur donne est élémentaire et on en écarte tout ce qui, étant trop exclusivement théorique, pourrait être plus nuisible qu'utile. Les classes sont courtes pour éviter la fatigue de l'attention, et l'on s'efforce de développer chez ceux qui les suivent autant l'éducation morale que l'éducation intellectuelle.

Le traitement médical n'est point omis. Cependant l'administration de la colonie semble ne lui attribuer qu'une importance secondaire, étant donné que la plupart des individus qu'on lui confie étant épileptiques depuis très longtemps, ce traitement n'a qu'une efficacité restreinte et ne donne pas ce qu'on en avait espéré.

Dans l'Etat de New-Jersey, c'est aussi une colonie qui a été fondée. Mais elle a un caractère particulier. Alors que dans la colonie Craig les pavillons sont distribués d'une manière symétrique et régulière, côté des hommes et côté des femmes, tous deux identiques l'un à l'autre, dans l'Etat de New-Jersey on a donné la préférence à une disposition irrégulière et la colonie a été nommée village. C'est donc de l'aspect d'un village qu'on s'est efforcé de se rapprocher.

La fondation, décidée en 1898 par les pouvoirs publics, est entrée peu après dans la réalisation. On commença par acheter deux fermes voisines l'une de l'autre, entourées de belles prairies pour pâturages, dans un pays bien boisé, non loin d'une rivière toujours abondante. Après quelques appropriations, les premiers assistés y entrèrent le 1^{er} novembre 1898. En 1899 et en 1900, on acheta deux autres fermes également très rapprochées, et en même temps on construisit en briques deux cottages aménagés en vue du plan qu'on s'est proposé de

suivre. Le territoire destiné au village est d'environ deux cents hectares.

Ce qui existe actuellement n'est en quelque sorte que le rudiment de ce qu'on se propose de faire. Les projets adoptés comportent la création de nouveaux cottages ; celui des enfants contiendra les deux sexes, mais séparés l'un de l'autre, avec des salles de classe, un gymnase, une piscine de natation. Les pavillons d'habitation disposés sans aucune symétrie, et dont l'emplacement ne sera commandé que par la configuration des lieux, doivent être entièrement séparés les uns des autres, ne contenir chacun que peu de personnes, qui y auront tout ce qui peut être utile à leur vie en commun, en se rapprochant le plus possible des habitudes de la famille.

Au milieu du village il y aura une église, une bibliothèque, une salle de fêtes. Sur les confins, et dans la partie la plus haute du terrain, dominant l'ensemble, sera une infirmerie. La blanchisserie et un laboratoire d'études seront placés aux extrémités des habitations. Enfin il y aura des magasins, des ateliers de travail, et un pavillon destiné à ceux qui auront des accès d'agitation transitoire.

Une grande route traverse le territoire et c'est elle qui sépare les pavillons des hommes de ceux des femmes, placés les uns d'un côté, les autres de l'autre.

C'est sur le modèle de la colonie Craig, que l'Etat de Texas va faire élever la colonie dont il a décidé la création, en s'appliquant, comme elle, à développer largement tous les moyens d'occupation des pensionnaires. La particularité spéciale à cette colonie, c'est qu'on y réunira les épileptiques de quelque condition que ce soit, même les aliénés proprement dits, que l'on séparera entièrement des autres en les installant de la manière la plus conforme à leur état.

Suivant toutes probabilités et étant donné le courant d'opinion qui se manifeste dans tous ceux des Etats-Unis qui se préoccupent d'assurer l'assistance des épileptiques, c'est le système colonial qui prévaudra partout, et l'organisation adoptée par la colonie Craig semble devoir servir de modèle à toutes les autres. Cette perspective donne un intérêt spécial à une communication

que le Dr William P. Spratling, directeur-médecin de la colonie, a faite au premier Congrès de l'Union américaine pour l'assistance des épileptiques, communication où il a exposé les principes qui, selon lui, doivent guider dans la création d'une colonie pour épileptiques (1). Prenons de ce qu'il a dit un aperçu sommaire.

Le lieu d'emplacement de la colonie ne doit pas être quelconque. On doit choisir de préférence un endroit salubre et d'aspect agréable. L'eau doit y être abondante et pure, pour subvenir aux besoins d'une population nombreuse, tant à sa consommation alimentaire qu'aux soins d'hygiène et aux exigences du traitement médical.

Pour qu'elle puisse s'approvisionner aisément de ce qui lui manque, elle doit ne pas être trop éloignée d'une ville importante. Mais cependant il ne doit point y avoir entre cette ville et la colonie des rapports trop immédiats, ne serait-ce que pour soustraire les colons aux séductions malsaines que cette ville ne manquerait pas de leur offrir.

Dans la construction des bâtiments on doit éviter toute prétention à une architecture recherchée ; il faut que l'aspect en soit simple et sans prétention.

Les pavillons, petits, doivent être préférés aux bâtiments énormes, parce qu'il est plus facile de s'y rapprocher du genre des habitations ordinaires et de leur donner l'aspect de la demeure de gens d'une modeste aisance. On y réunira tout ce qui, étant conforme aux habitudes de ceux qui y passeront leur vie, sera de nature à les leur rendre agréables. C'est un des moyens de les y attacher.

Quand une colonie se crée, il n'est pas nécessaire d'y établir dès le principe autant de pavillons que les prévisions d'avenir sembleraient devoir le commander. Mieux vaut ne commencer que par ceux qui sont strictement nécessaires, quitte à s'agrandir au fur et à mesure des besoins. En agissant de la sorte on pourra d'ailleurs faire profiter les pavillons nouveaux des progrès

(1) An ideal colony for epileptics and the necessity for the broader treatment of epilepsy, dans l'ouvrage *Transactions of the national association for the study of epilepsy*, cité plus haut.

ou des améliorations dont la création des premiers aurait par expérience fait reconnaître l'utilité.

Dans une colonie complète et bien organisée il faut, en dehors des habitations des assistés : 1° un bâtiment central d'administration, où les colons ne devront aucunement avoir affaire ; 2° une infirmerie et même un petit hôpital, pour le traitement de tous les cas de médecine ordinaire ou de chirurgie ; 3° des ateliers de toute sorte, en état de fonctionner constamment, où seront représentés tous les corps de métiers utiles à la colonie. Et ces ateliers devront non seulement recevoir des ouvriers déjà formés, mais comporter aussi des sections d'apprentissage pour ceux des jeunes colons à qui l'apprentissage d'un métier serait possible. Le travail de la terre doit être tenu en honneur, et il convient d'y employer tous ceux des colons qui n'ayant pas d'autre occupation seront susceptibles d'y faire quelque chose ; et pour cela il faut avoir des fermes bien organisées.

Si le travail des colons a pour premier objet d'améliorer leur existence, il peut tendre aussi à alléger les charges publiques. L'idéal serait qu'une colonie se suffise entièrement à elle-même ; elle y arrivera d'autant mieux que le travail sera mieux réparti entre tous les colons un tant soit peu valides, et que ceux-ci y seront mieux employés.

Au point de vue du nombre de personnes que les pavillons d'habitation doivent contenir, il faut distinguer entre ceux qui, sauf leur infirmité, sont assez bien valides et peuvent s'entraider les uns les autres, et ceux qui ont besoin d'être aidés par des gardiens. Les premiers ne devront pas être trop nombreux ensemble, douze à vingt tout au plus, et à quelques-uns même on pourra accorder de n'être qu'un ou deux par chambre. Pour les autres, on peut mettre un peu plus, mais il convient de n'en réunir guère que trente ou trente-cinq sous la garde de deux employés non épileptiques. Les infirmes devront être le plus possible séparés des autres colons.

Le service médical de la colonie sera organisé avec soin, tant pour l'infirmerie que pour l'ensemble des colons, dont un grand nombre peuvent avoir à suivre un traitement régulier et doivent par conséquent être sur-

veillés d'assez près. Pour que ce service ne risque pas de périliter, on peut compter qu'il faut bien un médecin pour chaque centaine de colons.

Enfin, pour rendre l'assistance médicale plus efficace, il est bon que les surveillants, les gardiens, sachent bien ce qu'ils ont à faire pour en être les auxiliaires utiles ; et dans cette intention chaque colonie devrait avoir une école d'infirmiers, où seraient enseignées les connaissances élémentaires sur le soin des épileptiques.

Le Dr Spratling donne encore bien d'autres indications, dans lesquelles il ne nous paraît pas opportun de le suivre, mais que pourront consulter avec fruit ceux qui auront à intervenir dans la création ou la direction d'un établissement spécial d'épileptiques. Il semble bien d'ailleurs que, sauf des particularités de détail, les organisateurs des établissements d'assistance dont nous venons de parler, ont été inspirés par des principes identiques ; d'où il semble naturel d'inférer que ces principes sont bons.

Tels sont dans leur ensemble et sommairement présentés, les progrès récents de l'assistance publique des épileptiques aux Etats-Unis d'Amérique et en France, nous pourrions même dire dans le monde entier, si l'Allemagne, elle aussi, n'avait point commencé à faire quelque chose à ce sujet. Souhaitons, pour le bien d'une classe nombreuse d'infirmes, dont la situation malheureuse n'est pas celle de n'importe quels infirmes, que le mouvement qui s'est produit en sa faveur se généralise, et prenne bientôt les proportions auxquelles le long temps pendant lequel il s'est préparé lui donne enfin le droit d'aboutir.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 26 JANVIER 1903

Présidence de MM. MOTET et BALLET

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

MM. Colin, Doutrebente, Giraud, Lapointe, Larous-sinie, Lewoff, Marchand, Marie, Philippe, Thivet, Trénel, Vigouroux, membres correspondants, assistent à la séance.

Installation du Bureau.

M. MOTET. — Mes chers collègues, je dois aujourd'hui quitter cette place à laquelle vous m'avez fait l'honneur de m'appeler. Honneur d'autant plus grand que sous ma présidence, nous allions célébrer le cinquantième de la Société médico-psychologique. Si je n'avais pas été au nombre de ses fondateurs, je les avais connus presque tous, et je vous apportais une tradition et des souvenirs ; ce fut, je n'en doute pas, cette pensée qui fixa sur moi votre choix, et j'en fus très touché ; j'étais pour vous comme le représentant d'une époque déjà lointaine, et il vous sembla qu'il survivait en moi quelque chose d'un glorieux passé. Je vous remercie de m'avoir ainsi permis d'évoquer des souvenirs que j'ai pieusement conservés.

Vous avez vu dans la magistrale étude de notre secrétaire général, M. Ritti, se dérouler toute votre histoire. Vous avez su quels généreux efforts avaient faits nos fondateurs, quels étaient les sentiments qui les animaient. Avec une élévation de sentiments et d'idées supérieure, ils voulurent faire cesser l'isolement des médecins des asiles d'aliénés, et leur offrir à la fois, un recueil qui publierait leurs travaux, une société savante

qui deviendrait le centre d'où rayonneraient de bienfaisantes influences; M. Ritti vous a montré avec quel succès la généreuse entreprise s'était développée, agrandie, et quels importants travaux avaient été accomplis. Nous avons le droit, Messieurs, d'être fiers de notre Société, nous avons le devoir aussi de continuer son œuvre.

Si je regarde autour de moi, je vois des hommes jeunes, laborieux, qui s'avancent dans la vie scientifique avec un esprit largement ouvert aux idées de progrès. Les acquisitions nouvelles leur sont familières; eux-mêmes ont apporté déjà le résultat de leurs travaux, et contribué à accroître nos richesses. Décidés à continuer la marche en avant, ils seront ce qu'ont été leurs devanciers, des savants honnêtes, des bienfaiteurs aussi; car tout progrès dans nos études spéciales a pour conséquence une amélioration du sort des malheureux aliénés confiés à nos soins.

Vos travaux, Messieurs, ont été nombreux et variés; si nous n'avons pas abordé l'une de ces grandes questions qui préparent de longues discussions, nous avons entendu des communications cliniques du plus haut intérêt. Je vous rappellerai brièvement, Messieurs, celles de MM. Sérieux et Roger Mignot sur un cas de paralysie générale à forme sensorielle; de M. Philippe, analyse des éléments de nos images mentales. Une série de travaux de MM. Guiard et Duflos sur le cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale; de M. Marchand, sur le traitement des aliénés artérioscléreux par la poudre de Trunecek; sur le traitement de la paralysie générale par les injections intrarachidiennes de biiodure de mercure, et d'iodure de potassium (vous vous souvenez des sages réserves faites à ce sujet par M. Ballet); de M. Paul Bienvenu sur des états mélancoliques au cours des granulies tuberculeuses.

Nous avons dû à M. Arnaud un compte rendu des plus intéressants sur un mémoire de M. Funaioli: « Causes et prophylaxie de la folie »; à M. Dupain une analyse d'une étude de M. Nina Rodriguez, sur la législation sur les aliénés au Brésil; à M. Roubinowitch, une analyse aussi d'un travail de M. Möbins, sur l'art et les artistes. M. Chaslin nous a fait connaître un travail de

M. Pilcz, de Vienne, sur le traitement chirurgical de l'épilepsie, dans lequel la pratique de la résection du grand sympathique est assez sévèrement jugée. M. Vallon vous a présenté des considérations sur le mémoire de M. Morel (de Gand), sur la prophylaxie de la récidive et le traitement du criminel récidiviste; M. Trenel vous a montré de curieuses photographies sur des représentations figurées de jeux masochistes; et M. Dupain vous a rendu compte d'un rapport médico-légal de M. le professeur Bombarda sur une aliénée meurtrière de son mari, Joséfa Greno, que l'opinion publique refusait de considérer comme une irresponsable, et que les médecins experts, après une observation sévère, ont déclarée atteinte de délire de persécution avec hallucinations et impulsions homicides.

Vous avez entendu encore une série nombreuse de rapports de candidatures que vous ont présentés MM. Semelaigne, Roubinowitch, Blin, Sollier, Moreau (de Tours) et Dupain. Ces rapports ont conclu à l'élection, comme membres associés étrangers, de MM. van Deventer (de Meerenberg), Semidalow (de Moscou), Tambroni (de Ferrare), Medea (de Milan).

M. le Dr Dupré, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, a été élu membre titulaire. Je lui souhaite la bienvenue, avec un empressement d'autant plus cordial qu'il promet à notre Société le concours le plus actif, et qu'il nous a permis déjà d'apprécier sa compétence dans des questions médico-légales délicates, difficiles, et dans des recherches cliniques de la plus haute valeur. Je salue aussi nos jeunes membres correspondants : M. Pons, qui eût pu être des nôtres depuis bien longtemps; M. Colombani, M. Jean Philippe, M. Comar, M. Cololian : ce sont presque tous des candidats au titulariat. Vous voyez, Messieurs, que j'avais raison de vous dire que l'avenir de la Société était assuré.

A ceux qui douteraient de sa vitalité, je n'aurais qu'à rappeler le succès de nos Congrès annuels. Après Limoges, Grenoble; et toujours même affluence, même ardeur au travail, même cordialité dans les échanges journaliers. Il semble que, de plus en plus, on soit heureux de se retrouver, de se le redire. Chaque année,

notre réunion est plus nombreuse, les communications se succèdent rapides, pressées, et le temps fuit trop vite; cette semaine heureuse passe comme un rêve, laissant à chacun de nous d'inoubliables souvenirs.

Sous la présidence de notre excellent collègue Régis (de Bordeaux), les séances ont été bien remplies, elles ont été occupées par la discussion des rapports si remarquables à tous égards, de M. Lalanne, sur les états anxieux dans les maladies mentales; de M. Noguès, sur les tics en général; de M. Dupré, sur les auto-accusateurs au point de vue médico-légal. M. Giraud vous en a présenté l'analyse dans les *Annales médico-psychologiques*; je n'y reviendrai pas, même pour louer les auteurs comme il conviendrait. Mais je veux dire à notre cher président Régis, à tous ceux qui par leur science, par leur talent, ont contribué au succès du XII^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, que la Société médico-psychologique tout entière leur est reconnaissante et les remercie.

Après ces souvenirs heureux, il me faut, hélas! en évoquer d'autres tout chargés de tristesses.

Nous avons perdu notre doyen Jules Falret. Nous l'entourions d'une respectueuse affection, nous lui étions reconnaissants de tout ce qu'il avait été pour nous. Clinicien de rare valeur, esprit ingénieux et fin, il avait rempli au milieu de nous la carrière la plus utile: sa science et son érudition lui avaient donné une place hors de pair; et nous n'avions pas moins de respect, de sympathies, pour l'homme que pour le savant. Charitable, d'une bonté rare, Jules Falret ne comptait que des amis; et le deuil qui nous a frappés était pour nous d'autant plus cruel que Falret avait été plus intimement associé à notre vie, presque jusqu'à son dernier jour. Il s'est éteint en pensant à nous, à la fête de notre cinquantième, à laquelle il regrettait de ne pouvoir assister.

Quelques mois après, le 4 septembre, s'éteignait le Dr Dagonet, médecin honoraire de l'asile Sainte-Anne. L'âge et la maladie le tenaient éloigné de nous depuis longtemps, mais il avait laissé dans nos cœurs une empreinte profonde. Nous estimions le savant laborieux, l'homme honnête qui pendant sa longue carrière avait

été le modèle du médecin dévoué à ses malades. D'une scrupuleuse exactitude dans son service, il était simple et bon ; il semblait qu'il voulait apporter dans ses fonctions les qualités qui dans sa famille lui valaient les plus tendres, les plus respectueuses affections. Ses anciens élèves restés ses amis, ses collègues de l'asile Sainte-Anne, MM. Christian et Magnan, lui ont dignement rendu, en votre nom, l'hommage qui lui était dû.

Presque en même temps nous perdions Rousselin, ancien inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Intérieur. C'était le dernier survivant d'une pléiade d'hommes qui avaient dans de hautes fonctions rendu d'importants services à la médecine mentale : Lunier, Constans, Rousselin, avaient ensemble réuni des renseignements statistiques de la plus rare valeur sur les asiles d'aliénés. Leur rapport était une œuvre considérable qui eût dû être continuée ; mais depuis nous chercherions en vain une étude sur les conditions d'existence de nos asiles. Ces renseignements existent, chaque année les médecins d'asile les donnent à l'administration. Ils s'accumulent sans profiter à personne.

Rousselin avait été médecin en chef de l'asile Saint-Yon ; quand l'âge de la retraite avait sonné pour lui, se sentant encore plein d'activité, il avait accepté les fonctions de médecin en chef de l'asile de Leyme. Puis enfin, il revint jouir dans sa chère Normandie, du repos qu'il avait si bien gagné. C'est là qu'il a succombé et notre excellent collègue M. Giraud s'est fait sur sa tombe l'interprète de nos regrets.

Et maintenant, Messieurs, après ces tristes adieux, revenons au présent ; lui du moins nous apporte de consolantes promesses.

Mon cher collègue, venez prendre cette place où vous appellent non pas seulement les sympathies les plus vives, mais encore un sentiment de profonde estime, de haute confiance : votre passé, vos travaux si nombreux, si importants, vous les ont méritées. Tous vos collègues de la Société médico-psychologiques dont je suis l'interprète fidèle, rendent hommage à votre talent, à votre savoir. Ils savent qu'ils auront en vous le guide le plus éclairé, le plus sûr. Et moi, je suis heureux de remettre

en vos mains des pouvoirs dont nul ne saurait user mieux que vous pour maintenir le bon renom de notre chère Société.

M. GILBERT BALLE. — Mes chers collègues, permettez qu'en prenant possession de la présidence, à laquelle vous avez bien voulu m'appeler, je vous assure d'abord de toute ma gratitude. Le remerciement, tout traditionnel qu'il soit, — vous le recevez en effet chaque année, — n'est ni un remerciement banal, ni un remerciement de pure forme : il est sincère. On ne saurait, en effet, sans une légitime satisfaction, s'asseoir à la place où se sont succédé les hommes qui, depuis cinquante ans, par leurs travaux ou leur caractère, ont le plus honoré la psychiatrie française. Les circonstances dans lesquelles vous m'y avez mis me rendent doublement reconnaissant : j'y succède en effet à l'un des maîtres pour lesquels je professe de vieille date la plus respectueuse sympathie et la plus déférente amitié. En élisant pour la seconde fois M. Motet, l'année même de la célébration du cinquantenaire de la Société, vous avez voulu manifester en quelle estime toute particulière vous tenez l'homme et le savant. S'il m'est permis de chercher à pénétrer le mobile de votre vote, je crois pouvoir dire que parmi les qualités, les vertus, auxquelles vous avez voulu rendre hommage, il en est deux que vous avez eu particulièrement en vue : la pieuse reconnaissance que professe M. Motet pour les aînés qui nous ont précédés dans la carrière et nous en ont frayé la voie, l'encourageante sympathie qu'il témoigne constamment aux plus jeunes qui nous y accompagnent ou nous y suivent.

Pour ma part, mon cher Maître, je n'oublierai jamais l'aménité charmante avec laquelle vous m'avez accueilli quand j'ai débuté dans la médecine légale, le tact exquis et la délicieuse discrétion avec lesquels vous m'avez prodigué les conseils de votre haute expérience, et donné des avis précieux dont je m'efforce journellement de faire mon profit. Je suis heureux qu'une circonstance s'offre à moi de dire tout haut ce que, depuis longtemps, je pense tout bas.

Je souhaite la bienvenue au bureau à M. Daniel Brunet. Le soin, je n'ajoute pas la probité, avec lequel

il a, depuis plusieurs années, géré les finances de la Société lui créaient des titres à la vice-présidence. Mais en le choisissant vous n'avez pas voulu seulement récompenser des services : vous avez tenu à reconnaître la distinction d'esprit et la haute culture philosophique de notre collègue, auquel je suis obligé pourtant d'adresser un reproche, c'est de dissimuler ces qualités avec une excessive modestie.

Nos secrétaires annuels ont exprimé le désir de résilier les laborieuses fonctions qu'ils remplissaient avec tant de zèle depuis près de dix ans. Je manquerais à mon devoir si je ne me faisais l'interprète des remerciements et de la reconnaissance que nous leur devons. Leur départ, auquel nous n'avions pas le droit de nous refuser, ne nous eût pas laissés sans inquiétude si vous n'aviez choisi pour leur succéder deux de nos collègues les plus actifs, qui tiendront, nous en sommes certains, à continuer la tradition créée par leurs prédécesseurs.

Vous m'en voudriez de ne pas exprimer notre gratitude à notre secrétaire général. Que pourrais-je dire de lui et des services qu'il nous rend, qui n'ait déjà été dit ? Je ne serai contredit par personne en rappelant qu'il est la cheville ouvrière et la pierre angulaire de notre Société.

Mes chers collègues, la Société médico-psychologique est à un tournant de son existence. Elle pourrait, satisfaite du chemin parcouru et du labeur accompli, se laisser aller à la douce quiétude et à la tranquille somnolence d'une académie. J'estime, et vous penserez sans doute avec moi qu'elle a mieux à faire. Elle peut encore fournir une longue et laborieuse carrière, mais à la condition de se pénétrer des exigences que crée aux sociétés de sa nature l'évolution de la science médicale.

Il ne m'appartient pas de déterminer, ni de préciser les modifications à nos us et coutumes qui me semblent devenues nécessaires. Bien que je pense qu'un peu d'autorité n'est pas toujours nuisible dans la gestion des choses humaines, je reste un parlementaire résolu et c'est à vous que le bureau demandera de vous prononcer sur les réformes (le mot est peut-être ambitieux), sur les changements dans certaines de nos habitudes qu'il

est opportun d'instituer. Permettez-moi seulement de vous présenter à ce sujet quelques observations.

Quand la Société fut constituée, ceux qui la créèrent avaient vu grand. Ils lui avaient assigné un programme démesurément vaste. La pathologie mentale devait être sans doute l'objet principal de ses préoccupations, mais on parlait d'y associer l'anatomie, la physiologie, la pathologie tout entière du système nerveux, la médecine légale, la psychologie, l'ethnologie, et même une partie de l'histoire de la médecine : bref, les matières dont l'ensemble devait un jour, ce que nos prédécesseurs n'avaient guère prévu, suffire à alimenter l'activité d'au moins cinq sociétés scientifiques. Les circonstances se sont chargées de réduire, peut-être d'une façon excessive, la conception trop large et un peu présomptueuse de nos aînés. Notre Société presque d'emblée est devenue et est restée une société de psychiatrie.

Est-ce un bien? Est-ce un mal? Je ne veux pas le rechercher. Ce qui me paraît certain, c'est qu'à l'heure actuelle, la Société médico-psychologique empiéterait sans avantage sur le domaine que se sont assigné des sociétés voisines, anciennes ou récentes. Respectons le principe salulaire de la division du travail; mais efforçons-nous de garder ce qui nous appartient légitimement. Ce n'est pas sans regrets que je verrais aller à celles de ces sociétés qui, si elles n'ont pas le prestige de l'ancienneté, ont du moins l'activité et l'attrait de la jeunesse, des communications qui seraient ici mieux dans leur cadre.

Pour l'éviter, il me paraît nécessaire que nous adoptions certaines règles de conduite. Et tout d'abord, s'il est logique et sage de circonscrire notre horizon et de le limiter à ce qui concerne la pathologie mentale, gardons-nous d'établir une frontière qui nous sépare du reste de la médecine; nous subirions le sort de ces villes qui s'étiolent et dépérissent dans la ceinture trop étroite de fortifications où le xvii^e siècle les a enserrées. Efforçons-nous de faire ici la part la plus large possible aux recherches d'anatomie et de physiologie pathologiques, de pathologie expérimentale, de psychologie morbide. Ne perdons pas de vue que si l'observation cli-

nique doit rester notre principal moyen d'étude, les faits qu'elle est susceptible de révéler s'épuisent, et qu'il est temps de faire appel à d'autres procédés d'investigation.

Ne pensez-vous pas d'autre part que le mode de publication de nos travaux présente certaines déficiences? On pouvait se contenter naguère de comptes rendus tardifs et à publicité restreinte. Les exigences des lecteurs et par conséquent celles des auteurs se sont depuis quelques années modifiées. Les communications qui vous sont faites ne paraissent d'habitude que plusieurs mois après leur date, et les *Annales* qui les publient, si consciencieusement d'ailleurs, ne vont guère qu'aux membres mêmes de la Société. Je crains, si nous ne modifions cette situation, que les sociétés dont les comptes rendus paraissent sans retard, et sont publiés dans les organes de la grande presse médicale, n'arrivent à attirer à elles des travaux qui nous appartiennent. J'appelle sur ce point toute votre attention.

Vous avez été sans doute frappés comme moi de la pénurie de l'ordre du jour de quelques-unes de nos séances. Tout nous permet d'espérer que les communications, à l'avenir, arriveront nombreuses, et que nous aurons surtout à nous plaindre de l'obstruction. Mais pour parer à toute éventualité, il me semble qu'il serait utile d'avoir en permanence à notre ordre du jour une des questions de pathologie mentale sur lesquelles des discussions peuvent s'établir; un plat de résistance est toujours le bienvenu sur les tables les mieux servies. Je ne puis pas oublier d'ailleurs que les périodes les plus brillantes de la Société ont été celles où se sont poursuivis ici de grands débats sur des questions controversées.

Enfin, Messieurs, me sera-t-il permis de rappeler que dans toute société, si ce sont les anciens qui apportent l'expérience et l'autorité, ce sont d'ordinaire les jeunes qui entretiennent l'activité et la vie? Il me semble désirable que nous fassions large la place aux jeunes et qu'en augmentant le nombre d'ailleurs très restreint de nos membres honoraires, nous facilitons l'entrée à tous ceux qui auront fait preuve d'intelligence et de labeur.

En vous conviant, Messieurs, à rechercher avec votre bureau, ce qu'il y a de mieux à faire pour l'avenir et la

prospérité de la Société, nous ne visons pas à faire œuvre révolutionnaire. Mais nous savons qu'on ne conserve qu'en améliorant : nous avons à cœur de montrer que si la Société médico-psychologique est vieille, elle n'est pas vieillie, et qu'après cinquante ans d'existence, elle est encore capable de rajeunissement.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

- 1° Une lettre de M. Blin, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;
- 2° Une lettre de M^{me} de Krafft-Ebing, remerciant la Société des sentiments de condoléance qu'elle lui a adressés à l'occasion de la mort de son mari.

La correspondance imprimée comprend :

- 1° *Notes et documents sur le Gheel ancien*, par MM. Paul Masoin et Franz Meeus.
- 2° *La démence précoce et la catatonie*, par M. Paul Masoin ;
- 3° *Invention et personnalité. Contribution à l'étude psychologique de l'homme de génie*, par le D^r del Greco ;
- 4° Quatre brochures de M. Eugenio Medea : *La pathogénie de la maladie de Stokes-Adams* ; *L'hydrothérapie dans la neurasthénie* ; *L'hydrothérapie et l'école* ; *L'œuvre scientifique de Serafino Biffi* ;
- 5° *La Tempérance*, numéro de janvier 1903 ;
- 6° *Archives de médecine et de chirurgie spéciales*, numéros de décembre 1902 et de janvier 1903.

La Société procède à la nomination de la Commission chargée de lui présenter une liste des candidatures à la place vacante de membre titulaire. Sont nommés : MM. Arnaud, Dupré, Legras, Pottier et Sollier.

Mort de M. Febré.

M. LE PRÉSIDENT. — J'ai le douloureux regret de vous faire part de la mort inopinée de notre collègue M. Febré. Il nous laissera à tous, j'en suis sûr, le

souvenir d'un confrère excellent et d'un homme dévoué à son devoir.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture du discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. Febvère, au nom de la Société médico-psychologique. (V. les *Annales*, numéro de mars, p. 336.)

Mémoires envoyés pour les prix à décerner en 1903.

PRIX BELHOMME. — Question : *Du sens de l'ouïe chez l'idiot.*

Un seul mémoire a été envoyé, avec cette épigraphe : « La faculté musicale est le propre des idiots caractérisés. » (L. Séguin.)

PRIX ESQUIROL. — Pas de mémoire.

PRIX MOREAU (DE TOURS). — Neuf thèses ont été envoyées :

1° Les délires de jalousie. Clinique (Jalousie sénile. — Délires systématisés), par M. le D^r Armand-Victor Parant ;

2° Etudes sur la syringomyélie, par M. le D^r Georges Hauser ;

3° Influence de l'estomac et du régime alimentaire sur l'état mental et les fonctions psychiques, par M. le D^r Lucien Pron ;

4° L'assistance des épileptiques. L'hospice Dessaignes à Blois, par M. le D^r Georges Vernet ;

5° Etudes sur les dégénérés. Les stigmates anatomiques et physiologiques de la dégénérescence et les pseudo-stigmates anatomiques et physiologiques de la criminalité, par M. le D^r Lucien Mayet ;

6° Recherches sur les symptômes physiques de la démence précoce à forme catatonique, par M. le D^r Louis Chénais ;

7° Contribution à l'étude des associations tabétoparalytiques, par M. le D^r E. Perpère ;

8° Contribution à l'étude des délires systématisés, par M. le D^r Claude Vurpas ;

9° Les alcoolisés non alcooliques. Etude psychophysiologique et thérapeutique sur l'intoxication alcoolique latente : alcoolomanie, par M. le D^r Dromard.

PRIX SEMELAIGNE. — Question : *Historique de la paralysie générale.*

Un seul mémoire a été envoyé, portant pour épigraphe cette phrase de Baillarger : « La découverte de la paralysie générale constitue le plus grand progrès que l'on puisse signaler dans l'histoire des maladies mentales. »

Nomination des Commissions de prix.

Les Commissions de prix pour 1903 sont constituées comme il suit :

PRIX BELHOMME. — MM. Bourneville, Magnan, Nageotte, Séglas, Sollier.

PRIX MOREAU (DE TOURS). — MM. Antheaume, Dupré, Garnier, Joffroy, Moreau (de Tours).

PRIX SEMELAIGNE. — MM. Arnaud, Klippel, Pactet, Semelaigne, Vallon.

Rapport de la Commission des finances.

M. CHRISTIAN. — Messieurs, je viens, une fois encore, vous rendre compte de notre situation financière, telle qu'elle ressort des comptes de notre excellent trésorier M. Brunet. Vous verrez qu'elle est très satisfaisante.

Excédent de recettes au 31 décembre	
1901.	Fr. 3.309 14
Recettes de 1902.	2.931 95
Total des recettes	Fr. 6.241 09
Dépenses	3.529 65
Excédent de recettes.	Fr. 2.711 44

Cet excédent est reporté de la manière suivante entre les 4 comptes :

Société médico-psychologique.	Fr. 99 84
Prix Aubanel.	711 60
Prix Belhomme	1.600 »
Prix Moreau (de Tours).	300 »
Total égal	Fr. 2.711 44

Il résulte de ces chiffres que le service de nos prix est assuré.

M. Brunet quitte cette année les fonctions de trésorier, et il est remplacé par notre excellent confrère Antheaume. Nos finances continueront à être en bonnes mains, et je suis sûr que l'année prochaine, le rapporteur de la Commission des finances adressera à M. Antheaume les mêmes félicitations et les mêmes remerciements que j'ai été toujours heureux de vous demander pour M. Brunet.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées et des remerciements sont volés à M. Brunet, trésorier sortant.

Rapport sur des travaux du professeur Del Greco.

M. SEMELAIGNE. — Dans un premier travail, intitulé : « De l'unité fondamentale des processus psychopathiques », le professeur Del Greco commence par réduire à quatre types les syndromes psychopathiques : manie, lypémanie, confusion simple ou hallucinatoire, paranoïa. Mais leur origine est une, et les vésanies ne constituent que des altérations ou dégénérescences de l'individualité somato-psychique ; suivant les individus, l'âge et le sexe, elles revêtent des aspects différents.

Les formes et classes psychopathiques ne sont donc pas nettement séparées et dérivent d'un tronc commun ; elles se constituent, non seulement grâce aux modifications de l'individualité somato-psychique, mais encore suivant le degré de dégénérescence individuelle. En remontant à la genèse des espèces ou formes psychopathiques, on constate les variations de l'individualité normale, qui se transforme sans cesse dans ses aspects organiques, statiques ou dynamiques ; mais ces variations ne suffisent pas : il faut encore l'action de l'élément dégénératif, qui se révèle à nous sous forme de déviations du tempérament et du fonctionnement cérébral, déviations soit acquises, soit congénitales. L'action de facteurs nettement héréditaires ou congénitaux fait dévier le tempérament individuel.

L'élément dégénératif, altérant l'individu, troublant son développement, désorganisant la constitution, l'esprit, le caractère, accentue certains côtés et en déprime

d'autres, d'une façon plus ou moins marquée. Telle serait la genèse des espèces ou classes psychopathiques, simples et multiples.

L'on rencontre, il est vrai, chez des sujets non prédisposés, à la suite de fatigues cérébrales ou d'épuisements neuro-nutritifs, des troubles psychopathiques légers, fugitifs, guérissables. Mais les vésanies vraies, nettement définies, ne se trouvent que chez les prédisposés ou les dégénérés supérieurs ; si, chez eux, l'action de facteurs exogènes spéciaux est minime, grande au contraire est la fatalité organique, laquelle s'accroît à l'approche des époques critiques. Le cours d'une vésanie n'offre guère l'aspect d'une maladie, d'un processus morbide, mais plutôt celui d'un processus dégénératif : c'est une pente fatale sur laquelle glisse l'individu ; parfois il se relève, mais souvent il retombe ; parfois aussi la première crise le fait verser dans la démence, ou bien est le point de départ d'un affaissement lent et progressif des facultés intellectuelles.

L'élément dégénératif n'est pas surajouté, comme une cause morbide quelconque ; il est originel et entièrement mêlé aux changements biologiques individuels. On le rencontre chez les prédisposés et les dégénérés supérieurs, dont les anomalies constitutionnelles sont cachées, limitées en grande partie aux centres encéphaliques, et se révèlent plutôt par des désordres physiologiques que par des altérations apparentes. Ce sont les désordres particuliers au tempérament du neurasthénique commun, dont l'humeur est variable, le caractère fantasque et ombrageux, qui s'exalte et s'épuise avec la même facilité. Les conditions externes déterminantes, les émotions épuisantes, mûrissent plutôt qu'elles ne créent les dispositions à la folie.

La folie n'est pas une maladie de la nutrition générale, ni du cœur, ni des viscères abdominaux ; elle a son siège dans l'encéphale. A la base du crâne, sur le plancher du quatrième ventricule, sont échelonnés les centres de la vie végétative dans ses rapports avec la vie de relation. Les troubles de ces sens indiquent les troubles du tempérament et, par suite, de la nutrition générale. Ou bien la nutrition générale, se trouvant altérée par d'autres causes que celles qui agissent sur le système

nerveux, excite et déränge les centres régulateurs. Tout processus psychopathique, lent ou rapide, grave ou léger, est en rapport avec les changements d'activité des centres encéphaliques supérieurs.

La dégénérescence des vésaniques n'est pas suffisante pour rompre, au cours de l'accès, toute continuité avec la prédisposition organique fondamentale; elle ne fait que l'exagérer en sens divers. Mais si des dégénérés supérieurs nous descendons aux inférieurs, qui, eux, présentent des arrêts de développement, nous voyons que la dégénérescence lèse profondément la constitution générale et déforme le tempérament. Chez ces individus les formes vésaniques ne se maintiennent plus distinctes; elles commencent à se confondre.

En résumé, le professeur Del Greco n'admet qu'une seule classe de psychopathies. Il en exclut tous les cas avec facteurs exogènes intenses, cause principale de la psychopathie (folies toxiques, infectieuses, etc.); de même les cas de déformation organique, étendue ou profonde (comme chez les dégénérés inférieurs avec arrêt de développement). C'est chez les prédisposés, les dégénérés supérieurs que l'on rencontre les vésanies. Leurs formes diverses résultent des altérations du tempérament, du caractère, etc., altérations dont on trouve le germe dans les transformations de l'individu.

Dans un second travail, le professeur Del Greco divise les psychopathies pures, ou vésanies proprement dites, en quatre classes :

- 1° Altérations psychopathiques.
- 2° Psychopathies chez les prédisposés.
- 3° Psychopathies chez les dégénérés.
- 4° Psychopathies chez les individus présentant un arrêt de développement.

La conception fondamentale qui régit cette classification est celle de la désagrégation de la personnalité.

La première classe est constituée par des troubles psychopathiques complexes et variés, généralement de peu de gravité, troubles pouvant se ramener à trois ordres de phénomènes psychopathiques : affaiblissement de la volonté et de l'attention volontaire; simples idées fixes, impériennes; déséquilibre du sentiment vital. Il y a défaut d'activité psychique.

La deuxième classe comprend les psychopathies chez les prédisposés.

Le délire du maniaque, du lypémaniaque, ou du malade atteint de confusion mentale, n'est autre chose que l'expression, sous forme de phénomènes extérieurs, de l'état complexe de leur individualité. Dans les cas légers de folie, l'altération de la conscience provient de ce que le souvenir des événements passés domine l'attention diminuée; dans les cas graves, le souvenir se fait image, puis actualité, se ravivant dans ses fondements émotivo-volontaires et sensoriels.

Bientôt cesse, pour le monde externe, toute distinction des perceptions et des sensations, et pour le monde interne, des images et des idées.

En somme, dans cette classe, des phénomènes variés, caractéristiques de l'accès psychopathique, font invasion, détruisant la personnalité jusqu'alors complète et presque saine, déterminant une décoloration générale, un amoindrissement de toute fonction élevée, avec accentuation de nouvelles conditions psychiques.

Dans la troisième classe, par contre, l'individualité humaine s'est, dès l'origine, révélée mal coordonnée.

L'individu tourne çà et là, suivant la manifestation d'une conscience lacunaire.

Tandis que dans les folies aiguës des prédisposés, la distinction entre le monde extérieur et le monde subjectif diminue, dans les folies des dégénérés ces deux mondes restent distincts. Mais l'idée ne se réfléchit pas moins dans la sensation; elle est sentie, vue, trouvée dans le monde extérieur; les sensations, tantôt discordantes, tantôt coordonnées, envahissent le monde de la pensée.

Au cours de l'évolution psychologique nous trouvons toujours, dit le professeur Del Greco, une force laborieuse unifiante, qui se répète, se réforme, se multiplie. C'est l'individu. De l'origine à la fin l'élément psychologique n'est donc que l'individu, se manifestant tantôt sous forme de simple appétit, tantôt sous forme de volonté consciente et réfléchie.

L'individu se perd, à l'origine, dans le dynamisme de l'individualité biologique. L'humble vertébré devient l'homme grâce à l'évolution de l'encéphale et des appa-

reils des sens et du mouvement ; les appétits psychiques rudimentaires conduisent aux différenciations profondes de l'âme humaine. Dans l'individualité organique se constituent les centres nerveux, se forment les membres, se développent les terminaisons périphériques des sens et toute la personnalité expressive et agissante. Suivant le développement des centres encéphaliques supérieurs, se forment dans la vie psychique les efforts psychologiques continus sous forme d'acquisitions instinctives, sensitivo-sensorielles, puis de mémoire, de talents, d'aptitudes physiques ; avec le concours de ces dernières conditions et spécialement des symboles verbanx, se constitue la vie psychologique élevée, qui toujours se change et se crée, se forme le monde instable de la pensée, des sentiments sociaux et abstraits. Mais l'âme sensitivo-impulsive et l'âme consciente et créatrice proviennent d'une même source et ne se scindent jamais.

La topographie de la sensibilité cutanée,

par MM. JEAN PHILIPPE et LÉON MARILLIER.

Je viens présenter à la Société une série de recherches entreprises avec mon regretté collaborateur, Léon Marillier, pour vérifier la topographie du sens cutané.

Dans ces recherches, nous nous étions proposé : 1° de vérifier l'assertion du psychologue américain, William James, concluant, après quelques expériences seulement, que deux contacts différents ne sont pas plus faciles à percevoir que deux contacts semblables, et demandent le même écart du compas de Weber, pour paraître doubles (*Principles of Psychology*, vol. II, p. 70) ; — 2° de réviser et compléter la topographie de notre sensibilité cutanée donnée par les tables de Weber que tout le monde cite, mais qui n'ont guère été vérifiées depuis 1834.

Pour résoudre ces deux questions, nous avons entrepris de mesurer la sensibilité cutanée d'un certain nombre de sujets, d'une façon aussi complète que possible : c'est-à-dire en suivant complètement, dans le sens de la longueur, certaines lignes déterminées par des repères anatomiques faciles à retrouver.

I. LIGNES LATÉRALES : 1° *Antérieures* (à droite et à gauche).—Depuis la clavicule jusqu'au milieu de la naissance de l'ongle du gros orteil, en passant par le mamelon, le pli de l'aîne, le milieu de la rotule et le cou-de-pied.

2° *Postérieures* (à droite et à gauche).—Du milieu de la clavicule à l'extrémité du gros orteil (milieu), en passant par l'omoplate, le pli fessier, le milieu du creux poplité, le tendon d'Achille, la plante du pied.

II. LIGNES MÉDIANES : 1° *antérieure* : du bord supérieur du sternum à la cime du pubis, en passant par la pointe du sternum et l'ombilic.

2° *Postérieure* : de la naissance des cheveux (à la nuque) jusqu'au sacrum, en suivant le sillon (non l'épine) de la colonne vertébrale.

III. LIGNES BRACHIALES : 1° *antérieure* : de l'acromion à l'extrémité de la pulpe digitale du médus, en passant par le milieu du pli du coude.

2° *Postérieure* : de l'acromion à la racine de l'ongle du médus en passant par l'olécrane.

Ces explorations ont été faites suivant la longueur de chacune de ces lignes, et sans intervalle entre une mesure et l'autre : chaque ligne offre donc un tableau complet de la sensibilité aux doubles contacts dans le sens longitudinal.

L'instrument était un compas d'épaisseur (1), analogue à l'ancien compas de Weber, et muni d'extrémités interchangeables : ces extrémités portaient soit un cylindre ou une boule d'ivoire, de 1 millimètre de diamètre, soit un prisme triangulaire d'ivoire, de 1 millimètre de côté. Pour les contacts semblables, nous avons constamment employé le compas muni de deux boules d'ivoire aussi identiques que possible, et pour les contacts différents, le même compas muni d'un côté d'une boule et de l'autre d'un cylindre.

Comme il était assez difficile de trouver des sujets réunissant les conditions voulues pour ce genre d'exploration ; nous avons choisi en fin de compte des modèles

(1) Consulter pour la technique, le *Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, janvier 1903, p. 65-78.

d'atelier, habitués aux séances de pose et par conséquent peu exposés à des réactions vaso-nerveuses qui auraient considérablement influé sur les mesures. Comme il s'agissait exclusivement d'une topographie, sans aucune interprétation, nous demandions aux sujets de répondre simplement, et sans autre recherche, s'ils sentaient un ou deux contacts.

La façon même dont nous avons disposé l'expérience (alternance de contacts semblables et de contacts dissemblables), constituait une vérification constante de la sincérité et de l'attention des sujets : nous n'avons pas négligé, d'ailleurs, les autres genres de vérifications (contacts uniques,... trop écartés, etc.). Pour éviter l'influence du froid qui diminue la sensibilité cutanée, la température ambiante était maintenue à environ 18°. — Enfin nous exigeons une propreté rigoureuse : les plus légers exsudats, à la surface cutanée, sont une sorte de voile qui diminue la sensibilité cutanée.

En procédant ainsi, nous avons constaté (1), sur un nombre considérable de mesures (plus de 3.000) :

1° Il est plus facile de sentir deux contacts dissemblables que deux contacts semblables. Constamment et chez tous nos sujets, malgré les différences qui les séparaient, l'écart nécessaire pour sentir deux contacts était moindre quand nous employions une boule et un cylindre que quand nous employions deux boules identiques. C'est à peine s'il y a eu 4 ou 5 exceptions.

2° La sensibilité cutanée s'est montrée généralement, sauf pour le visage, plus affinée que ne l'indiquent les tables de Weber.

3° La distribution de cette sensibilité est loin d'être uniforme dans la même région : elle varie, parfois beaucoup, d'un point cutané à son voisin (ce que n'indiquent pas les tables de Weber où il reste encore trop de lacunes); et il n'est pas rare de rencontrer, joignant une zone très sensible, une autre zone très peu sensible. Il ne semble pas que ces variations dépendent de la distribution des nerfs cutanés.

(1) Voir pour les tableaux des mesures prises sur les sujets, le *Journal de Physiologie*, loc. cit.

4° La sensibilité même de chaque région est sujette à des variations saisonnières ou quotidiennes ; nous l'avons vue varier d'un mois à l'autre ; elle nous a toujours paru se maintenir égale au cours de la même séance, ce qui permet les variations rétrospectives à peu d'intervalle.

Ce qui reste toujours constant, c'est la différence entre la sensibilité aux contacts semblables et celle aux contacts dissemblables : on la retrouve toujours et partout.

Cette méthode d'exploration qui fait alterner les contacts semblables et les dissemblables constitue donc le procédé de choix pour explorer la sensibilité cutanée et vérifier l'attention des réponses, toutes les fois qu'on veut faire un examen rapide et précis.

DISCUSSION.

M. GILBERT BALLEZ fait remarquer que les phénomènes de la sensibilité présentent des variations selon les circonstances du temps, selon les moments différents de l'expérience : telle heure de la journée ou telle autre ; avant ou après les repas, etc. On doit tenir compte de l'état physiologique et pathologique du sujet.

M. CHRISTIAN demande si la température a été exactement notée. La température doit être constante durant le temps de l'expérience. Si le sujet a froid, les conditions de l'expérience sont différentes.

M. JEAN PHILIPPE. — Le froid a, en effet, une influence très grande sur la sensibilité cutanée du sujet ; aussi ai-je veillé à ce que la température ne s'écarte pas de 18 degrés. De plus, une propreté méticuleuse de la peau est nécessaire. Pour éviter enfin les causes d'erreur, les sujets mis en expérience étaient des modèles d'atelier, des professionnels habitués à poser l'ensemble, indifférents par conséquent à la pose, et dont la peau, par accoutumance, est habituée à être nue.

A propos d'un cas de rêve à répétition,

par M. le D^r PRON.

Le monde des rêves n'est pas un ensemble désordonné, où les conceptions les plus bizarres auraient libre cours; la vie de l'esprit endormi n'est pas semblable à un fantôme insaisissable, errant au hasard, sans cause et sans but.

Bien au contraire, elle dérive le plus souvent de la vie mentale à l'état de veille; elle emprunte ses éléments aux images que le cerveau conserve comme un reliquat de toutes les sensations passées et elle subit, comme elle, certaines influences, ayant leur point de départ dans le monde extérieur ou dans les organes internes. (Cf. Maury, Tissié, etc...).

Elle laisse, elle aussi, dans les cellules cérébrales, des traces tout aussi bien enregistrées que les impressions survenues à l'état de veille et qui méritent, aussi bien que ces dernières, le nom d'images. Et de même que les images de l'état de veille réapparaissent dans le champ de la conscience, — soit spontanément, soit par l'effet de la volonté, soit sous l'action d'impressions diverses, — les images oniriques peuvent revenir, à intervalles variables, indépendamment de la volonté cette fois-ci, mais d'autant plus facilement que leur cause (frayeur, par exemple) aura été vive — que le même état somatique (alcoolisme) se maintiendra identique à lui-même ou se répétera fréquemment, — ou que de nouvelles idées viendront les renforcer.

C'est ainsi qu'une personne de mon entourage, fortement impressionnée par la peur des chiens enragés, rêva pendant environ quinze ans, toutes les semaines, qu'elle était mordue et cela *jusqu'au jour où Pasteur découvrit le traitement de la rage*. Cette même personne, la veille de ses règles, a régulièrement un cauchemar qui est toujours le même : assassinat ou vision d'une tante morte.

Une autre dame, âgée de vingt-huit ans, et ayant quitté à seize ans, une pension dans laquelle elle s'ennuyait fort, rêve depuis douze ans, une ou deux fois

par mois, qu'elle va encore en classe et elle demande à sa mère pourquoi on l'y envoie encore. Celle-ci lui répond invariablement : « Ma fille, aujourd'hui c'est la dernière fois. »

Je passe sous silence les rêves des dyspeptiques, qui revêtent à peu près chez tous ces malades les mêmes caractères : processions, enterrements, chute dans l'eau ou dans un précipice, etc... et qui se renouvellent très fréquemment.

Ce sont là, en somme, des songes grossiers, formés d'images qui reviennent en bloc.

Il peut arriver, au contraire, et c'est là ce qui me semble surtout intéressant, qu'à l'image primitive et unique viennent se joindre des images accessoires qui en sont comme les détails. Dès lors, tout cet ensemble se reproduit avec une exactitude et une invariabilité frappantes. Témoin l'auto-observation suivante.

D^r P..., vingt-six ans, rêve fréquemment, pendant les années de philosophie et de P. C. N., qu'il échoue au baccalauréat de rhétorique, auquel il avait réussi, mais au sujet duquel il avait des craintes.

Au début des études médicales, le rêve se modifie. Le sujet est étudiant, il possède son diplôme de rhétorique, mais non celui de philosophie. Par une faveur spéciale, dont il ignore la cause, il a été autorisé à commencer dans ces conditions sa médecine; mais il est toujours menacé par l'examen de philosophie. Il le passe, entend les questions qu'on lui pose, etc...

Ce rêve se reproduit deux ou trois fois par an.

Depuis deux ans, nouvelle modification, et apparition des détails. Ce n'est plus le parchemin de philosophie qui manque, c'est celui de rhétorique.

L'étudiant est redevenu simple élève au collège où il a fait ses humanités et dont il reconnaît les moindres recoins. Il se trouve dans une salle d'étude, toujours à la même place, et est à quinze jours environ de la date de l'examen. Il possède à peu près toutes les matières du programme, sauf une qu'il ignore totalement, c'est l'histoire. Et pourquoi? Parce que le professeur a omis de faire ce cours et qu'il n'est plus temps de le commencer.

Le pauvre candidat est là devant son pupitre, il y

voit une pile de cahiers d'histoire ; mais ces cahiers, il ne les connaît pas, ils ne sont pas à lui, puisqu'on n'a pas fait de cours ; il n'a pas le droit d'y toucher et il va être refusé !

D'autres fois, il n'y a plus qu'un jour ou deux avant la date fatale et notre collégien feuillette anxieusement un de ces courts mementos à couverture verte, pour tenter de suppléer au cours oublié. Jamais il ne passe l'examen.

Ce rêve, qui se montrait d'abord tous les deux ou trois mois, revient depuis quelque temps au moins une fois par mois. *C'est toujours le même collège, la même place à l'étude, et c'est toujours la maudite histoire avec la même pile de cahiers et le même memento.*

On peut sans doute expliquer la persistance et le rappel de cet ensemble d'images par le dégoût personnel du sujet pour l'histoire et parce qu'il a vécu avec un jeune parent, malheureux aux examens et qui, malgré son travail et ses connaissances, a échoué plusieurs fois.

D'autre part, le rêve est revenu plus fréquemment, en juillet 1902, à l'époque où le frère du sujet se présentait au baccalauréat.

Paralysie générale et névrose,

par M. A. MARIE, de Villejuif.

Je voudrais dire quelques mots à propos de la très intéressante communication faite à la dernière séance de la Société sur l'hystérie dans la paralysie générale, par M. Juquelier, interne de notre collègue Vigouroux. Les premières observations de névropathie coïncidant avec la méningo-encéphalite, signalées par Régis en 1882, parurent exceptionnelles ; MM. Rey et Charpentier qui les observèrent aussi, les considérèrent encore comme des raretés, ainsi que Liebouchine plus près de nous à l'étranger.

Nous-même en avons rapporté plusieurs cas avec M. Vallon au Congrès de Clermont ; il est vrai qu'il ne s'agissait pas d'hystérie, mais de chorée, mais je crois que l'on peut envisager la question sous un point de vue plus large : le processus initial de la périencéphalite

ne réveillerait-il pas les névroses antérieures des malades, et cela plus souvent qu'on ne le croirait, à ne voir que les paralysies générales confirmées ?

J'entends bien ne pas infirmer l'observation très juste de MM. Régis et Rey, rappelée avec raison par M. Juquelier, à savoir que les névroses (hystérie dans l'espèce) donnent, tout au début, à la paralysie générale une allure atypique pour céder bientôt plus ou moins vite et complètement la place à la paralysie générale confirmée.

Nous ne voyons que rarement à l'asile les malades à une phase aussi précoce de la maladie, et ils nous viennent généralement bien après cette phase de lutte, supposée entre la névrose et la sclérose diffuse des centres nerveux.

Mais y a-t-il bien à proprement parler simple coexistence entre deux processus, et n'auraient-ils pas à un moment un substratum commun ?

Les lésions préparalytiques réaliseraient dans ce cas en quelque sorte une altération analogue à celle qui sert de base aux névroses, avec cette différence que cette altération s'accroît bientôt pour constituer une affection autrement grave et profonde.

Une récente observation de MM. Collet et Lépine, de Lyon, concernant un cas d'hystérie à forme de paralysie générale (*Revue de méd.*, n° 12, 1902), semblerait confirmer cette façon de voir. Nous n'en sommes plus heureusement à l'époque où l'on admettait des affections *sine materia*, des maladies sans lésions organiques : si l'on emploie cette expression encore, c'est en sous-entendant le mot « connues » ; c'est tout ce que nous pouvons affirmer d'ailleurs. Nous sommes même en droit d'affirmer aujourd'hui qu'il ne saurait y avoir état pathologique durable sans trouble organique correspondant, transitoire si l'on veut, mais réellement existant à un moment donné.

Comme l'a dit M. le professeur Brissand, dans une récente leçon : « Jusqu'à une époque récente, les névroses comme toutes les maladies qualifiées d'essentiels, étaient censées n'avoir leur raison d'être qu'en elles-mêmes, en soi, *per se*; ce qui n'a pas de sens. » (*Progrès médical*, décembre 1902.)

Les névroses ne sauraient donc échapper à la loi générale de causalité; et si elles sont sans causes organiques *connues*, nous commençons à soupçonner ces dernières.

M. le professeur Pierret, au dernier Congrès de Grenoble employait pour ce cas, à propos des dégénérés tiqueurs, une comparaison fort heureuse et frappante, empruntée à la photographie: Il compare ces malades à l'épreuve impressionnée, comme porteurs de tares latentes, de cicatrices ou points de moindre résistance dans leurs centres nerveux, points que décèle une imprégnation fortuite de toxique ou de toxines, et cela durant un temps variable, très fugace parfois.

Ne peut-on appliquer cette vue aux cas aujourd'hui nombreux de dégénérés névropathes versant dans la paralysie générale, et dont la paralysie commençante réveille les névroses diverses ou autres stigmates latents?

La syringomyélie a détaché du cadre de l'hystérie toute une série de dysesthésies et anesthésies autrefois rattachées à la névrose, et on peut se demander si les anesthésies de cette dernière ne se rattachent pas à des troubles passagers semblablement localisés; la catalepsie peut aussi être un syndrome lié aux lésions organiques de l'encéphalite (obs. de Brissaud, *loco citato*).

Kräpelin tout en plaçant la démence précoce tout auprès de la paralysie générale, dans son cadre nosologique, en rapproche les syndromes cataleptoïdes de ceux des névroses.

J'ai récemment observé deux paralytiques présentant quelques phénomènes cataleptiformes fugaces, et j'ai souvenir de plusieurs cas d'ictus hystériformes chez des paralytiques: un, entre autres, eut à la visite et sous nos yeux, il y a peu de mois, une crise en arc de cercle, avec mouvements clowniques, gloussement et sensation de boule; mais l'état de démence paralytique dans ce cas, rend difficile la recherche des anamnétiques et de stigmates actuels de la névrose.

J'ai réuni cependant trois cas où le syndrome choréique (type de Sydenham) était plus ou moins complètement réalisé chez des paralytiques au début.

Pour ce qui a trait à l'hystérie type observée par

MM. Vigouroux et Juquelier, je rappellerai les observations récentes où l'hystérie a paru coïncider avec l'évolution d'un tabès, et parcourir des phases en rapport avec celles d'une ataxie ascendante. Telle est l'observation de Ch. Dana (*Medical Record* du 20 septembre 1902).

L'auteur cite une hystérique tabétique de quarante-cinq ans, après plusieurs cas d'hystérie traumatique consécutives à des fractures du rachis ; là encore des lésions médullaires sont au moins probables.

Dans les observations par lesquelles je terminerai, la chorée type de Sydenham s'est présentée deux fois dans des conditions où il est permis de se demander si elle ne représentait pas un symptôme initial en rapport à quelque degré avec l'affection ultérieure (périencéphalite). Comme dans les observations aujourd'hui nombreuses où l'on a signalé la coexistence de la périencéphalite avec des symptômes de névroses diverses (hystérie, neurasthénie, épilepsie, maladies de Parkinson et de Basedow, etc.), il pourrait peut-être y avoir là plus qu'une coïncidence, et comme un équivalent moteur atténué à la période de dynamique fonctionnelle du processus à la fois psychique et moteur bien plus profond qu'est la paralysie générale confirmée, développée consécutivement chez les mêmes malades. Dans la première observation, le paralytique eut la chorée à plusieurs reprises, dans l'enfance et bien plus tard encore, au début même de sa paralysie générale développée à l'âge de trente-trois ans. Dans le deuxième cas, les symptômes de paralysie générale n'effacèrent qu'incomplètement les symptômes choréiques. Dans le troisième cas, les mouvements choréiques étaient rythmiques ou localisés dans un membre sous forme d'accès paroxystiques, non sans quelque analogie avec les mouvements et contractions partielles de Jackson.

Après les beaux travaux de Pierret sur les lésions des cornes antérieures médullaires dans la chorée des jeunes chiens, il est permis de voir dans ces rappels de névroses une conséquence de la réimprégnation toxico-infectieuse de centres antérieurement lésés déjà à une période du développement.

Les exemples de coïncidences ou d'alternances de

névroses diverses avec la périencéphalite diffuse pourraient être plus fréquents en réalité qu'ils ne le paraissent, si l'on était mieux renseigné sur la phase tout à fait initiale et en quelque sorte préparalytique.

Dans les notes qui suivent, les accidents névrosiques paraissent en rapport à quelques degrés avec le développement ultérieur de l'affection organique des centres nerveux, et semblent déceler la perturbation précoce de ces centres.

L'épilepsie vraie a été signalée par quelques auteurs comme pouvant aussi précéder l'apparition de la paralysie générale (Baillarger).

L'hystérie, la neurasthénie et les maladies de Parkinson et de Basedow ont été également signalées, nous l'avons dit, chez les paralytiques.

Doit-on voir dans ces cas une coïncidence, les manifestations variées et combinées de prédispositions cérébropathiques congénitales et acquises, ou les symptômes d'un processus commun à des stades différents de son évolution ?

Y aurait-il des névroses préparalytiques comme il existe des névroses préséniles ?

L'obscurité qui règne sur le substratum anatomique des névroses et sur l'étiologie et les altérations primitives de la paralysie générale, empêche de trancher la question.

Obs. I. — Le malade And... (L.-C.-A.), âgé de quarante-quatre ans, marié, forgeron, est entré à l'asile le 16 septembre. Il est atteint de paralysie générale à forme exubérante. A l'entrée, les facultés intellectuelles sont affaiblies, les idées confuses et extravagantes, divagations ambitieuses, il a des millions chez Rothschild, etc. En outre, il est malpropre et lacère ses vêtements. A côté de cet état mental incohérent et diffus on observe un état de déchéance physique non moins caractéristique; le malade est peu solide sur ses jambes, et cela depuis un ictus survenu il y a deux ans. Cet ictus fut précédé pendant plusieurs semaines d'une faiblesse musculaire avec incoordination motrice plus marquée à droite, maladresse caractéristique et mouvements désordonnés à l'occasion des mouvements volontaires. Sa famille compare elle-même ces troubles moteurs à ceux de la chorée que le malade avait eue autrefois étant enfant.

Dans les jours qui suivirent l'attaque, le malade conserva le

côté droit parésié et présenta un certain degré d'aphasie transitoire, si l'on en juge par les renseignements recueillis; c'est ensuite peu à peu que les facultés intellectuelles se sont affaiblies à leur tour.

A l'entrée, on ne note pas de différence notable au dynamomètre à pression, entre les deux côtés du corps.

Actuellement la parole est embarrassée, les pupilles inégales.

Certificat : est atteint de paralysie générale, affaiblissement intellectuel et faiblesse musculaire.

Antécédents héréditaires. — Le père du malade, marié tard, l'a eu à l'âge de cinquante et un ans et a vécu jusqu'à un âge avancé. La mère est également morte il y a quelques mois, à l'âge de soixante-seize ans. Elle paraît avoir succombé à l'asystolie résultant de l'emphysème avec catarrhe bronchique.

Nous n'avons pas de renseignements positifs sur les grands-parents, et le malade est le seul enfant vivant.

Antécédents personnels. — Le malade a eu une enfance malade, au cours de laquelle quelques affections intercurrentes banales (rougeole, varicelle), lorsqu'à l'âge de treize ans, il eut une atteinte de chorée vulgaire sans accidents rhumatismaux antérieurs ni autres connus.

Les mouvements incoordonnés durèrent quelques mois, puis disparurent pour reparaitre ensuite deux ans après et disparaître après un laps de temps à peu près égal au premier; mais l'enfant resta longtemps avec des mouvements partiels choréiques sous forme de tics légers prédominants du côté droit.

Adulte, il vit de la vie de l'ouvrier forgeron, apprenti puis ouvrier au compte d'un patron, buvant quelquefois, mais sans être alcoolique; enfin, il s'est marié et nous n'avons pu recueillir, tant à l'examen physique qu'à l'interrogatoire, d'indice de syphilis; sa femme aurait cependant fait une fausse couche à sept mois; elle ne présente d'ailleurs aucune trace de la diathèse.

OBS. II. — L... (J. E.), trente-trois ans, marié, tapissier.

Antécédents héréditaires. — Grand-père mort très âgé, père et mère morts vieux, douze enfants dont il ne reste que deux, tous les autres morts de tuberculose avant trente ans.

N'a eu qu'un enfant mâle mort à un mois de diarrhée infantile, pas de fausse couche.

Jusqu'à huit ans, bel enfant, intelligent, bien portant. A huit ans, *chorée* (frayeur à la vue du sang d'un frère que le père corrigeait et qui s'est blessé en tombant).

Difficulté pour parler, est resté à la suite comme idiot pendant quelque temps.

Ne pouvait aller à l'école, pas méchant, très doux.

A treize ou quatorze ans, nouvel accès choréique moins fort et moins long à la suite d'une autre frayeur (incendie).

Puis éruption généralisée de boutons qui ont suppuré; cela a duré jusqu'à l'an dernier (soigné à Saint-Louis); suppuration entre les doigts de pieds. Pas d'autres maladies. Il y a six ans, s'est marié, était intelligent et bon ouvrier.

Il y a dix-huit mois, perche en fer sur la tête, tombée de plusieurs mètres, il a roulé à plusieurs pas, plaie à la tempe par perte de connaissance, arrête de travailler seulement quelques jours. Pas de céphalalgie consécutive.

A toujours toussé depuis que sa femme le connaît.

Attaques de nerfs. Deux fortes et plusieurs petites depuis son mariage, n'en avait pas avant (chûte à terre), sans pâleur, au contraire, rougeur, regard fixe sans perte de connaissance complète, amnésie ensuite et incoordination motrice choréiforme consécutive persistant plusieurs jours, grimaces et contorsions de la face et du tronc, difficulté marquée de la parole, de la déglutition et de la préhension des aliments; ça s'accroît quand il a bu ou a été contrarié.

Le 9 février 1887, est rentré du travail la parole embarrassée, sa femme le crut gris, n'avait pas eu d'attaques.

Depuis, a cessé son travail, n'a jamais déliré, mais était comme un enfant, on lui donnait un morceau de chocolat pour être sage et il était sage, on lui faisait éplucher les légumes. La femme obligée d'aller travailler au dehors n'a pu le garder.

Tempérament froid, relations rares avec sa femme.

Pas de phases d'excitation passagère.

Buvait beaucoup avant mariage, moins depuis.

A toussé quand a passé l'éruption généralisée pour laquelle il fut traité à Saint-Louis.

Militaire quatre ans (artillerie).

4 février. Démence, pleurésie gauche, affaiblissement intellectuel prononcé, pupille gauche, plus large. Embarras de la parole.

Mort à l'asile après une série d'ictus dans l'intervalle desquels nous observons à nouveau l'incoordination motrice particulière des mouvements volontaires rappelant à s'y méprendre ceux de la chorée de Sydenham. Tergiversation caractéristique pour porter un objet à sa bouche ou toucher le bout de son nez, mimique continuelle du visage et secousses musculaires spontanées des membres et du tronc.

Autopsie. Poumons tuberculeux :

Droit. Emphysème base.

Gauche. Grêle légère.

Cœur sans lésions valvulaires, légère dégénérescence graisseuse.

Foie, rein, rate normaux.

Cerveau : hydropisie ventriculaire, 4^e ventricule parcheminé, noyaux centraux et capsules externe aplatis, comprimés et atrophiés.

Convexité : Adhérences multiples et épaississements.

Moelle sans lésions macroscopiques apparentes.

Obs. III. — M... (L.), quarante-sept ans, marié, marchand ambulant,

Antécédents héréditaires. — Deux frères et une sœur bien portants, père mort asthmatique, mère morte de tumeur abdominale.

Au moment de son entrée à l'asile, le malade présentait des secousses musculaires marquées surtout du côté droit du corps.

Incoordination motrice étendue, arythmique, à grandes oscillations inégales, siégeant surtout au membre supérieur sauf au moment de la marche qui en est gênée.

Au repos au lit : mouvements fréquents d'oscillation et d'ouverture des paupières. Oscillations assez marquées mais intermittentes au bras droit.

On n'a pas remarqué si la jambe présentait des mouvements au repos au début ; au lit, nous observons quelques secousses musculaires faibles, perceptibles en appliquant la main sur le membre, mais ne mettant pas le membre en mouvement.

Les mouvements du bras prenaient une plus grande intensité quand le malade faisait un mouvement intentionnel ; toutefois il a toujours pu porter lui-même ses aliments à la bouche.

La moindre émotion exagérait aussi les mouvements ; rien que le fait d'approcher de son lit lui donnait une sorte d'anxiété avec accentuation de contraction musculaire et une généralisation se traduisant par des secousses de la tête agitée de grimaces et mouvements caractéristiques.

La marche a toujours été pénible depuis qu'il est malade, mais nécessitait surtout de grands efforts au début.

Les mouvements tout en restant plus intenses du côté droit, se propageaient parfois du côté gauche, au point de compromettre l'équilibre.

Cet état a persisté environ dix à douze jours après l'entrée à l'asile, puis a progressivement diminué d'intensité, et disparu pour ne reparaître qu'à l'occasion d'émotions assez fortes. Ainsi, le malade devenu alité et présentant de la paralysie vésicale devait être sondé chaque jour : comme il redoutait beaucoup cette petite opération, il se mettait à trembler fortement de *tout le corps* et de la tête au moment où l'on introduisait la sonde, et les mouvements choréiformes reparaissaient pendant quelques instants.

Ce malade après un séjour durant lequel il a été gâteux et

inconscient sans plus présenter de mouvements incoordonnés du membre supérieur droit, est entré en demi-rémission et a pu être porté sortant.

Le syndrome paralytique s'étant atténué, les mouvements choréiques se sont reproduits. L'état de démence persistant.

Enfin, une rechute dernière a ramené le malade dans le service avec déchéance mentale complète, accentuation des phénomènes physiques (inégalité pupillaire, embarras de parole, faiblesse musculaire); les mouvements choréiformes ont diminué notablement et ne se manifestent que par quelques secousses intermittentes dans le membre supérieur droit (idées de négation et obtusion dementielle).

Il y aurait lieu, si ce malade meurt prochainement de rechercher dans l'étagé de la moelle correspondant aux noyaux du plexus brachial ainsi que dans la zone corticale motrice du bras droit, les lésions que M. le professeur Pierret a décrites et, depuis lui, Agopoff en Russie (1).

Ces lésions pourraient peut-être n'être pas entièrement effacées par la méningo-encéphalite diffuse terminale, ou bien la prédominance de ce dernier processus en ces points pourrait-elle expliquer ces localisations particulières.

Détail à noter : l'écriture rendue impossible pendant la rémission comme au début, lors de l'entrée du malade, par l'incoordination motrice, est redevenue possible et presque intelligible sous la dictée depuis que le malade est retombé dans la démence paralytique finale.

A 5 h. 1/2, la Société se réunit en comité secret. A 6 heures, la séance est levée.

DUPAIN.

(1) *Med. Oboz. mosk.*, 1903.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX FRANÇAIS

ANNÉE 1900

Archives de neurologie.

I. — *L'odyssée d'un délinquant simulateur*; par le D^r Samuel Garnier, médecin en chef directeur de l'asile de Dijon (numéro de janvier). — Observation clinique intéressante d'un individu qui, en simulant la folie, avait réussi à esquiver les responsabilités encourues pour délits multiples.

Après que M. Garnier eut démontré la simulation, ce délinquant continua ses exploits, qui lui valurent plusieurs condamnations et enfin la relégation.

II. — *Troubles psychiques dans la chorée dégénérative (chorée héréditaire, chorée de Huntington)*; par le D^r Ladame (de Genève) (numéro de février). — M. Ladame prend pour base de son étude les seules observations qui répondent au type de Huntington et qui présentent les trois caractères suivants : 1° La maladie est héréditaire; 2° elle débute de la manière ordinaire, elle atteint les degrés les plus élevés et conduit le plus souvent aux troubles psychiques avec impulsions fréquentes au suicide et lentement enfin à la mort, sans qu'on ait jamais observé une guérison; 3° l'affection atteint également les deux sexes et seulement dans la maturité entre trente et quarante ans.

Ainsi que l'ont déjà noté de nombreux auteurs, l'irritabilité du caractère est un des signes les plus habituels de la chorée: il ne manque jamais dans la chorée de Huntington, et forme le trait fondamental des individus atteints de cette maladie.

Le suicide ou les tentatives de suicide qui passent pour un des symptômes psychiques de cette maladie, n'appartiennent pas en réalité à son tableau symptomatique. L'auteur montre qu'il n'existe pas un seul cas absolument certain de suicide ou même de tentative de suicide chez les choréiques de cette caté-

gorie. On constate au contraire fréquemment des *menaces de suicide* dues à des mouvements de colère, ce qui n'est pas la même chose.

Certains auteurs ont attribué ces menaces de suicide à l'accès de mélancolie qui marque le début de la maladie; mais cet accès de mélancolie lui-même est problématique. Il y a seulement chez la plupart des malades atteints de chorée de Huntington, des poussées transitoires irrégulières de mélancolie et d'excitation maniaque comme chez tous les dégénérés, classe à laquelle ils appartiennent. Les hallucinations, les idées délirantes, les manifestations paranoïaques sont des phénomènes accessoires, accidentels qui n'appartiennent pas à la symptomatologie habituelle de la maladie.

Par contre, l'affaiblissement progressif des facultés intellectuelles est, avec l'irritabilité du caractère, le trouble mental caractéristique de la chorée héréditaire. Cet affaiblissement qui s'accompagne d'une diminution progressive de la mémoire, aboutit très souvent à la démence complète et le tableau de la maladie devient alors fréquemment semblable à celui de la paralysie générale.

Bien que dans quelques cas de chorée dégénérative on ait trouvé à l'autopsie quelques-unes des lésions de la paralysie générale, la méningo-encéphalite dont elles relèvent toutes les deux a des caractères différents; il n'y a pas trace, dans la chorée, de prolifération des cellules araignées. En attendant le moment où la connaissance suffisante de ces lésions organiques permettra d'en faire une démence organique, on peut donner aux troubles psychiques de la chorée de Huntington le nom de *psychose choréique dégénérative progressive*.

III. — *Conditions biologiques des familles des paralytiques généraux*; par le D^r Gaston Béchot, externe des asiles de la Seine (numéro de février). — Rappelant le travail de Ball et Régis (*Encéphale*, 1883), l'auteur présente le résultat de ses recherches au point de vue de la longévité, de la natalité, de la vitalité et de la morbidité sur quarante familles de paralytiques, et il trouve que :

- 1° La vie est plus longue chez les ascendants de paralytiques généraux qu'elle ne l'est généralement;
- 2° Les paralytiques généraux ont une tendance plus prononcée que les individus normaux à la stérilité;
- 3° La vitalité est moindre dans les familles de paralytiques, mais l'écart est peu sensible.

4° La morbidité présente des différences notables avec celle des familles normales.

Au point de vue de l'hérédité, la paralysie générale rentre dans le cadre des autres vésanies et il n'y a pas lieu d'imaginer pour elle une hérédité spéciale.

IV. — *Polyurie et pollakiurie hystériques*; par Jean Abadie interne des hôpitaux de Bordeaux (numéro de mars). — Observation intéressante d'un fils hystérique, hystérique lui-même, porteur de stigmates, présentant de la polyurie avec pollakiurie et spasme de l'urètre.

La guérison fut obtenue par le traitement psychique (pilules de bleu de méthylène).

A propos de cette observation, l'auteur entre dans des considérations sur les diverses formes de polyurie et de pollakiurie qui ne pourraient être l'objet d'une analyse succincte.

V. — *Sur l'état variqueux des dendrites corticales*; par le D^r Serge Soukhanoff, médecin de la clinique psychiatrique de Moscou (numéro d'avril). — En se basant sur ses propres recherches, l'auteur est arrivé à la conviction que l'état moniliforme des prolongements protoplasmiques des cellules nerveuses, signalé dans divers états pathologiques, appartient à un processus unique et présente seulement, suivant les cas, des différences quantitatives et non qualitatives : 1° On l'observe dans les intoxications chroniques (arsenic, alcool, sulfonal, etc.); 2° dans les diverses espèces d'auto-intoxication (urémie, athyroïdie, etc.); 3° il peut se développer très rapidement dans le trouble brusque de la circulation cérébrale (ligature des carotides, provocation de foyers emboliques, etc.).

Plus y a de dendrites intéressées par l'état variqueux et plus ce dernier est rapproché du corps cellulaire, plus la lésion de la cellule est grave et intense.

Cependant la cellule continue à conserver sa fonction trophique relativement au prolongement cylindraxile, jusqu'à ce que les gonflements des dendrites atteignent la cellule elle-même.

L'état perlé des prolongements protoplasmiques serait, dans les maladies mentales, la caractéristique d'un état de démence d'après plusieurs auteurs; mais les documents sont jusqu'ici insuffisants pour établir à ce sujet des conclusions définitives.

VI. — *Les objets de piété comme instruments de meurtre dans le délire religieux*; par le D^r A. Cullerre, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de la Roche-sur-Yon (numéro d'avril). —

L'auteur appelle l'attention sur certains délirants religieux qui, pour accomplir les actes impulsifs dangereux inspirés par leur délire, ont recours aux objets que le fétichisme met à leur disposition : objets de piété, crucifix, statuette, médailles, chapelets, etc.

Il cite trois observations : dans la première, il s'agit d'une femme qui étouffe son enfant en lui enfonçant une statuette de la Vierge dans la gorge, afin de l'envoyer au ciel ; dans la seconde, on voit un jeune homme assommer son père à l'aide d'une statue en plâtre, dans un but d'expiation ; la troisième, présente une femme qui dans un paroxysme de démonophobie, arrache un crucifix de sa croix, l'avale, et succombe au bout de quelques jours à des hémorragies foudroyantes du tube digestif.

VII. — *Le phénomène de la corde musculaire dans la mélancolie*; par les D^{rs} Ch. Vallon, médecin de l'asile de Villejuif, et Wahl, interne des asiles de la Seine (numéro de mai). — La tendance actuelle est de considérer la mélancolie comme une maladie d'origine infectieuse, ou tout au moins d'attribuer à l'infection un rôle plus ou moins considérable dans son développement. *Le phénomène de la corde*, observé chez les mélancoliques, vient à l'appui de cette théorie.

On désigne sous ce nom un phénomène normal appelé par les physiologistes *contraction locale*, qui s'exagère dans certains états pathologiques. Pour rechercher la contraction locale on peut frapper le muscle, le biceps, de préférence, avec le dos d'un couteau ; on voit alors se former un gonflement très accentué sur toute la ligne transversale frappée et qui persiste plus ou moins longtemps. Ce phénomène, comme la plupart des symptômes musculaires, n'est que la manifestation d'affections portant soit sur le système nerveux, soit sur l'ensemble de l'économie (méningite, états infectieux). Les auteurs l'ont trouvé chez trente-deux mélancoliques des deux sexes sur quarante examinés.

VIII. — *Hyperesthésie corticale dans l'alcoolisme aigu*; par les D^{rs} P. Cololian et A. Rodiet (numéros de mai et juin). — Un point sur lequel l'attention n'a pas été attirée, c'est l'hyperesthésie de l'écorce cérébrale dont sont atteints certains alcooliques aigus. Dès la première heure de leur internement et quelques jours de suite, même chez ceux qui ne semblent plus avoir d'hallucinations, on peut, par une excitation externe, réveiller des troubles hallucinatoires dans la sphère de tel ou

tel sens, phénomène dû à l'hyperesthésie des couches grises du cerveau.

Toutefois l'hyperesthésie n'est pas limitée au cerveau. Les nerfs périphériques sont aussi le champ de l'envahissement alcoolique. On trouve fréquemment, chez ces malades, une hyperesthésie périphérique. Mais alors que les phénomènes d'excitation sensorielle sont subjectifs, ceux qui se passent à la périphérie relèvent d'une lésion : la névrite alcoolique.

L'observation de ces troubles nerveux est délicate; elle est d'ailleurs relativement rare, et on ne peut la faire que chez des alcooliques non agités.

Suivent huit observations détaillées où l'hyperesthésie corticale est mise en évidence.

IX. — *Observation de chorée chronique héréditaire d'Huntington; examen histologique*; par les D^{rs} P. Kéraval, médecin-directeur d'Armentières, et G. Raviart, préparateur d'anatomie pathologique à la Faculté de Lille (numéro de juin). — Voici le résumé de cet examen histologique : « Altération des cellules pyramidales et des petites cellules de l'écorce cérébrale, allant de la raréfaction protoplasmique périnucléaire jusqu'à la désintégration presque complète des corps cellulaires. Infiltration interstitielle et péricellulaire de petites cellules rondes à gros noyau, à protoplasme souvent imperceptible dans tout le cortex et principalement au niveau des circonvolutions ascendantes droites ». Ces altérations existent également dans la moelle et notamment dans la colonne de Clarke; nerfs périphériques à peu près intacts.

X. — *Sur un cas d'hémorragie méningée sous-arachnoïdienne*; par Paul Courmont et Cade (numéro de juillet). — Il s'agit d'un malade apporté comateux à l'hôpital et qui, ayant succombé à une série d'accidents nerveux polymorphes, offrit à l'autopsie une hémorragie diffuse s'étendant à tout l'hémisphère sous l'arachnoïde, l'épanchement ayant eu lieu dans l'épaisseur de la pie-mère.

A ce propos, les auteurs insistent sur l'extrême variabilité des symptômes qui marquent la scène clinique des hémorragies sous-arachnoïdiennes.

Dans telle observation, c'est l'hémiplégie que l'on note; dans telle autre, aucune trace de paralysie; ici ce sont des contractions, des crises jacksoniennes; là, des phénomènes de déficit. Et la scène ne change pas seulement avec l'acteur, elle change encore chez le même sujet d'un moment à l'autre.

XI. — *Du sens génital étudié chez les mêmes malades aux trois périodes de la paralysie générale*; par le D^r E. Marandon de Montyel, médecin en chef des Asiles de la Seine (numéro de juillet). — Les données de la science sont assez flottantes sur ce sujet, d'une étude d'ailleurs délicate et difficile. En s'adressant aux femmes de cent huit paralytiques mariés, M. Marandon de Montyel a pu réunir un nombre imposant de renseignements qui jettent quelque jour sur la question. D'après ses constatations, on noterait : 1^o du début à la terminaison de la maladie, l'exagération simple de la fonction génitale, l'exagération avec éjaculation retardée, et l'impuissance totale; 2^o aux seules périodes prodromique, première et deuxième, l'impuissance, avec libido et possibilité d'éjaculation; 3^o aux seules périodes prodromique et première, les pertes séminales, l'éjaculation précipitée et quelquefois l'état normal.

A noter l'absence d'excitation génitale dans tous les cas à forme dépressive. Un autre fait intéressant est la fréquence excessive de l'altération en plus ou en moins, surtout en moins du sens génital lors des rémissions.

L'opinion ayant cours, d'après laquelle l'altération en plus serait particulièrement propre aux formes expansives, n'est pas confirmée.

XII. — *Le traitement de l'épilepsie par la méthode de Flechsig*; par J. Séglas, médecin de l'hospice de Bicêtre, et Heitz, interne des hôpitaux (numéro d'août). — La méthode préconisée par Flechsig consiste à faire précéder l'administration du bromure de potassium par celle de l'opium. L'extrait d'opium est administré au début à la dose de 2 à 5 centigrammes, prise en deux ou trois fois. Cette dose est augmentée progressivement, de manière à arriver au bout de dix à douze jours à la dose de 1 gramme à 1 gr. 25 par jour. Cette dernière dose est continuée pendant six semaines.

A ce moment, l'opium est brusquement interrompu et remplacé par le bromure de potassium à la dose de 7 grammes par jour. Cette dose de bromure est continuée pendant deux mois, puis réduite progressivement à 2 grammes par jour : quantité moyenne, variable suivant les cas.

De l'ensemble de leurs recherches, les auteurs croient pouvoir conclure que le traitement de Flechsig n'est supporté que par un nombre très restreint de malades. Son administration nécessite des soins et une surveillance tels qu'il est indispensable de

placer le malade dans un milieu spécial; encore reste-t-elle difficile, voire même dangereuse.

Ces contre-indications sont loin d'être compensées par les bénéfices minimes qu'on peut en retirer et qui ne paraissent pas supérieurs à ceux de la cure bromurée simple.

XIII. — *De l'alitement dans le traitement des formes aiguës des maladies mentales et les modifications qu'il pourrait entraîner dans l'organisation des établissements consacrés aux aliénés*; par S. S. Korsakov, professeur à l'Université de Moscou (numéro d'octobre). — Ce travail spécial a été présenté à la section de psychiatrie du XIII^e Congrès international, à titre de rapport, et figure dans les comptes rendus de cette dernière.

XIV. — *Recherches sur le réflexe plantaire dans la paralysie générale*; par Ardin-Delteil, chef de clinique, médecin-adjoint de l'Asile public d'aliénés de l'Hérault, et H. Rouvière, interne des hôpitaux de Montpellier (numéro de décembre). — Les résultats de l'observation ont conduit les auteurs aux conclusions suivantes :

1° Dans la paralysie générale, le réflexe plantaire serait plus souvent diminué qu'exagéré; il serait quelquefois normal, et très rarement aboli;

2° En outre, dans un certain nombre de cas spéciaux, le réflexe subirait une perturbation rappelant celle désignée par Babinski sous le nom de phénomène des orteils.

Toutefois, la modalité observée a été légèrement différente de celle observée par Babinski.

L'extension des orteils, quoique nettement marquée, est, en général, peu intense. En outre, le mouvement d'extension est beaucoup plus marqué pour les quatre derniers orteils; le gros orteil restant parfois immobile.

Il n'existe aucun rapport entre le réflexe plantaire et le réflexe rotulien dans la paralysie générale vraie; mais ce rapport existe dans la paralysie générale syphilitique (pseudo-paralysie générale syphilitique des auteurs).

Revue neurologique.

I. — *Une maladie familiale à symptômes cérébraux et médullaires. Troubles psychiques périodiques, démence, parésie spasmodique*; par le D^r Trénel, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Yon (n^o 1). — Dans les faits parus jusqu'ici de paraplégie spasmodique familiale, il n'existe pas, à proprement par-

ler, de troubles de l'intelligence. L'observation de deux sœurs, que présente l'auteur, vient à l'encontre de cette opinion.

Il s'agit de deux filles nées de parents consanguins, ayant un frère et une tante maternelle aliénés, présentant un état paréto-spasmodique; des signes de démence progressive et des crises périodiques d'agitation. Il ne s'agit pas de faiblesse mentale congénitale chez ces malades, mais bien de démence acquise; car elles ont pu recevoir quelque instruction.

Les cas de ce genre, difficiles à classer, paraissent, dit en concluant l'auteur, établir le passage entre les faits de paralysie spasmodique familiale et les démences familiales, et d'une façon plus générale entre les maladies nerveuses familiales et les maladies mentales familiales.

II. — *De la localisation cérébrale des troubles hystériques*; par le Dr Paul Sollier, ancien interne des hôpitaux, médecin du sanatorium de Boulogne-sur-Seine (n° 3). — D'après M. Sollier, à tous les accidents hystériques correspond une localisation corticale qui n'est autre que le centre même de la fonction intéressée. Il a pu même, cliniquement et expérimentalement, dans ses travaux antérieurs, arriver à déterminer un certain nombre de centres corticaux, tels que ceux des viscères, dont le siège est jusqu'ici inconnu.

En explorant avec soin la sensibilité du crâne chez une hystérique monosymptomatique, on ne tarde pas à tomber sur une zone douloureuse à la pression, en même temps qu'elle présente une anesthésie ou une analgésie plus ou moins marquée, suivant l'intensité du trouble fonctionnel. Si on reporte sur un schéma du cerveau en rapport avec la boîte crânienne le point ainsi découvert, on constate qu'il correspond à un territoire de l'écorce, qui n'est autre que le centre de la fonction actuellement troublée. Ce rapport est des plus nets pour les troubles moteurs et s'il existe pour ces derniers, il doit exister aussi pour les autres fonctions; c'est ce que démontre l'expérience faite pendant le sommeil hypnotique. Les expériences de l'auteur lui ont permis de dresser une topographie des centres corticaux des principaux viscères: le centre de l'estomac est situé des deux côtés du crâne, mais plus marqué à gauche, à 5 centimètres en arrière de la ligne bi-auriculaire, par conséquent au niveau du lobule pariétal supérieur. Pour le cœur, il n'a observé qu'un point médian, un peu en avant de celui de l'estomac; le centre de la vessie et celui de l'intestin sont situés l'un au-dessus de l'autre, à 6 centimètres en arrière de celui de l'estomac; celui du

larynx correspond au pied de la troisième frontale et celui de l'appareil respiratoire au-dessus du niveau de la deuxième frontale.

L'auteur relate ensuite une série de faits cliniques qui confirment les données de l'expérience.

III. — *Des rapports de la syphilis et de la paralysie générale*; par Paul Heiberg (de Copenhague) (n° 4). — Les médecins danois, suédois et norvégiens ont démontré par de bonnes observations qu'il faut en général compter douze ans entre l'infection syphilitique et l'apparition de la paralysie générale et trois ans entre le commencement de cette maladie et la mort. A partir de l'infection jusqu'au décès, il se passera donc en moyenne (en Danemark), un espace de quinze ans.

Si l'on examine une statistique du nombre des syphilitiques à Copenhague et une statistique du nombre des décès ayant pour cause la paralysie générale à l'unique hospice d'aliénés de cette ville, on découvre précisément que quinze ans après un maximum de syphilitiques, est venu un maximum de décès causés par la paralysie générale.

IV. — *La localisation cérébrale des troubles hystériques*; par Gilles de la Tourette, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine (n° 5). — Lorsqu'il eut pris connaissance des opinions de M. Sollier sur les projections des localisations cérébrales de l'hystérie sur le cuir chevelu, M. Gilles de la Tourette a cherché avec soin et à multiples reprises l'existence de ces zones. Il ne les a jamais rencontrées. Il n'a trouvé que le symptôme banal du clou hystérique ou des zones anesthésiques ou hyperesthésiques du cuir chevelu chez les hystériques à manifestations paralytiques ou de contracture, mais elles ne se superposaient pas aux centres connus des régions motrices régissant les phénomènes observés.

V. — *Un cas de surdité verbale chez un paralytique général*; par Paul Sérieux, médecin des asiles publics d'aliénés de la Seine (n° 6). — Paralytique de quarante-trois ans, qui à la suite d'une série d'ictus, le dernier plus grave, présente de la surdité verbale. On s'aperçoit que le malade paraît sourd; il ne comprend pas les phrases les plus simples et répond tout de travers aux questions qu'on lui pose.

A l'autopsie on trouve à peu près au tiers moyen de la première temporale, un foyer de méningo-encéphalite, véritable lésion circonscrite, dont l'intensité était, à ce niveau, beaucoup plus considérable que dans le voisinage.

L'ouïe est intacte, il n'existe ni cécité verbale, ni agraphie. Si l'on veut bien se rappeler que la plupart des cas d'aphasie, soit motrice, soit sensorielle, observés dans la paralysie générale, relèvent le plus souvent, non pas de la méningo-encéphalite mais d'une véritable complication (tumeur, foyer de ramollissement), ce cas paraîtra digne d'intérêt.

L'auteur ne connaît que deux cas qui puissent lui être comparés, l'un de Magnan (1879), l'autre de Seppilli (1884). Nous lui rappellerons le cas que nous avons publié nous-même dans les *Annales médico-psychologiques* en 1878 sous ce titre : Paralysie générale et aphasie, où manque, il est vrai, l'autopsie, mais où le symptôme aphasie lié à des périodes congestives, s'aggravant et s'améliorant avec elles, ne peut laisser aucun doute sur son origine.

Depuis, nous avons observé un autre cas, avec autopsie, mais non encore publié.

VI. — *Note sur un cas de trismus mental*; par P. Chatin, médecin des hôpitaux de Lyon (n° 7). — La malade, âgée de dix-sept ans, ne paraît pas hystérique; elle n'offre aucun stigmate de cette maladie. A onze ans, elle a eu la chorée de Sydenham, guérie au bout de six mois, mais récidivant chaque année, depuis, pendant un mois environ. Régulée à treize ans, et depuis régulièrement. Au mois de novembre 1897, la malade est prise de coliques violentes auxquelles succède une chorée rythmique se présentant quotidiennement sous formes de crises. Puis survient un trismus des mâchoires qui résiste à des efforts étrangers, mais que la malade peut vaincre en introduisant son doigt entre les mâchoires.

M. Chatin voit ici un cas de trismus mental, analogue au torticollis mental décrit par M. Brissaud. Son cas a aussi quelque affinité avec les observations de chorée variable des dégénérés publiés par le même auteur.

VII. — *De la localisation cérébrale des troubles hystériques*; par le Dr Paul Sollier (n° 8). — M. Sollier répond à la note de M. Gilles de la Tourette précédemment analysée, et s'efforce de démontrer que sa théorie de la localisation cérébrale des troubles de l'hystérie ne s'écarte pas des données de la physiologie. Le cerveau étant le siège de l'hystérie, on ne voit pas pourquoi la région cutanée superposée au cerveau ne s'anesthésierait pas lorsque celui-ci ne fonctionne plus, de même que la région cutanée superposée à un muscle ou à un viscère paralysé perd sa sensibilité. Si l'on reconnaît que la

peau qui recouvre la région de l'estomac devient insensible lorsque celui-ci cesse de fonctionner et de sentir, pourquoi s'étonner que la peau qui recouvre la région de l'écorce où vient se projeter le cerveau puisse, elle aussi, perdre sa sensibilité?

On dit qu'il n'y a pas de rapport à établir anatomiquement entre le cerveau et la peau du crâne. Mais en existe-t-il entre les nerfs de l'estomac ou de l'intestin et ceux de la région épigastrique ou abdominale? S'il n'y avait pas correspondance entre la surface et les organes profonds, nous ne pourrions jamais localiser aucune douleur viscérale.

On peut donc supposer avec vraisemblance que nous avons à l'état normal dans notre écorce, la représentation simultanée de nos divers organes et de la région qui les recouvre.

VIII. — *A quel âge s'acquiert le plus souvent la syphilis, et à quel âge éclate le plus souvent la paralysie générale?* par C.-T. Hansen et Paul Heiberg (n° 11). — S'il y a un lien de causalité entre la syphilis et la paralysie générale, et si entre les deux maladies, on constate un intervalle moyen à peu près fixe, on est autorisé à penser que la courbe des âges où l'on prend l'une sera construite comme la courbe des âges où éclate l'autre. C'est en effet ce que démontrent les faits recueillis par les auteurs d'une façon très approximative.

IX. — *Sur les rapports de la cénesthésie cérébrale avec l'amnésie hystérique;* par G. Comar (n° 12). — Observation clinique d'une grande hystérique présentant une amnésie totale coïncidant avec une analgésie de la région frontale. Conformément à la théorie de Sollier, le retour de la mémoire coïncide avec la disparition de l'analgésie du front, et l'amnésie reparaît en même temps que cette dernière.

X. — *L'amour du métal;* par Ch. Féré, médecin de Bicêtre (n° 18). — L'auteur rappelle la définition de l'avare du philosophe mystique Ernest Hello. « L'avare a l'amour physique du métal. Il aime l'or et l'argent en eux-mêmes et pour eux-mêmes. Il les aime matériellement. Il est attiré par eux. Le contact du métal est pour lui une joie et un plaisir physique. »

Cette définition ne répond pas aux faits d'observation les plus communs, et dans les cas ordinaires, l'avarice est toute autre chose. Cependant l'amour du métal n'est pas une fiction, et il peut, tout comme l'avarice, se montrer à l'exclusion de troubles psychologiques grossiers. M. Féré en fournit un exemple.

Il s'agit d'un homme qui, depuis l'enfance où on lui donnait en récompense des sous neufs, prit l'habitude d'entretenir ainsi l'argent économisé en le frottant pour le conserver brillant. Il sut de bonne heure saisir les occasions d'améliorer sa position ; mais il conserva l'habitude de réserver et d'entretenir les sous neufs qui lui tombaient sous la main. Il ne cherchait pas ostensiblement ces derniers, mais s'il s'en rencontrait un dans les sommes qu'il recevait, il le rangeait soigneusement et le gardait. De petit marchand ambulant il devint un gros commerçant fort riche, et s'est toujours montré très large et très libéral, pas le moins du monde avare.

A soixante ans, attaque d'apoplexie avec hémiplégie suivie de troubles mentaux. Aussitôt que ces derniers se sont atténués, il se fait apporter la cassette : « L'intérieur était soigneusement capitonné ; on y trouva, rangés par années, des rouleaux de gros sous et de petits sous groupés séparément et régulièrement enveloppés... Il savait le nombre des paquets, il y en avait soixante-douze. » Bref, il se plut à les contempler et à les toucher, disant que, bien que dénuées de valeur, ces pièces lui étaient chères et qu'elles avaient porté bonheur à toute la famille.

Malgré l'absence de tout stigmate, il y a bien là une tare mentale, amour pur d'un métal sans valeur ou n'ayant qu'une valeur symbolique. Ce cas montre bien la différence qui existe entre l'amour du métal et l'avarice.

XI. — *Catalepto-catatonie au cours de la fièvre typhoïde* ; par le D^r Henri Dufour, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine (n° 21). — Lorsqu'on rencontre trois fois, dit l'auteur, sur une quarantaine de cas de fièvre typhoïde pris au hasard, un syndrome déterminé apparaissant et disparaissant avec cette maladie, on est en droit de dire qu'il est dominé par l'infection typhique.

Dans l'espèce, il s'agit de trois typhiques ayant présenté dans le cours de leur maladie des états cataleptiques liés à de la stupeur ; de là l'expression de catalepto-catatonie choisie par l'auteur.

Le syndrome cérébral de la dotiémenthérie « stupeur et catalepsie », est très voisin d'une maladie mentale.

M. Bernheim avait déjà signalé ces faits (*Bulletin médical*, 1890), qu'il qualifie de très fréquents. Le trouble cérébral prédominant dans ces cas, est la stupeur amenant faiblesse ou absence des processus d'idéation ou encore un délire accaparant

toute l'idéation au point de rendre le sujet inerte à tout ce qui ne rentre pas dans ses préoccupations morbides. Pour expliquer ces faits, on ne saurait invoquer la suggestion.

Revue de psychiatrie.

I. — *Traitement de l'épilepsie par les bromures et l'hypochloruration*; par E. Toulouse, médecin en chef de l'asile de Villejuif (numéro de janvier). — Le brome peut se substituer chimiquement au chlore dans l'organisme. En privant dans une certaine mesure l'organisme de chlorures, on doit donc le rendre ainsi plus sensible à l'action des bromures. Telle est l'hypothèse qui a servi de base aux expériences de l'auteur, et le résultat de ses essais a été tel qu'il l'espérait.

Il a soumis vingt épileptiques femmes à crises très fréquentes à un régime alimentaire dont la teneur en chlorures ne dépassait pas 2 grammes par jour, et leur administrait en même temps d'abord 4, puis 2 grammes de bromure de sodium. Le nombre des accès et le nombre total des accidents ont diminué pour chaque malade aussitôt le changement de régime, et d'autant plus qu'elles s'éloignaient davantage du début de l'expérience. En résumé, durant l'hypochloruration, les accès ont diminué de 92 p. 100, les vertiges de 70 p. 100 et tous les accidents de 81 p. 100.

Les malades ainsi traitées n'étaient pas guéries; et lorsque le régime alimentaire était repris, les accès revenaient après quelques jours, que l'on donnât ou non du bromure, ce qui était la contre-épreuve du traitement. On n'a pas constaté d'action spéciale du régime sur les diverses fonctions de l'organisme. Le poids a augmenté ou est resté stationnaire dans la majorité des cas.

Le régime spécial exalte donc l'action thérapeutique du bromure; et si l'organisme est plus sensible à l'action thérapeutique du médicament, il est aussi plus sensible à l'action toxique. Certains malades, avec 4 grammes, ont présenté des signes d'intoxication bromique.

II. — *Du délire systématisé*; par Ducasse, agrégé de philosophie, et Vigouroux, médecin de la colonisation de Dun-sur-Auron (numéros de février et mars). — L'étude du délire systématisé prouve qu'à côté de la systématisation logique, l'intelligence, il peut se développer chez le même individu une systématisation organique, inconsciente, involontaire et

bien plus profonde que la première. L'analyse des symptômes observés conduit à admettre la possibilité d'une liaison logique, d'un groupement d'idées correctes, d'une synthèse intellectuelle en dehors de la conscience du Moi : le Moi est une idée qui se surajoute aux autres, qui attire à elle toutes les autres, mais qui, à la rigueur, peut manquer. Normalement chacun de nous, en même temps qu'il pense, se pense comme un Moi. Normalement la conscience soutient un double rapport : avec l'objet évidemment, et aussi avec le sujet. Dans les cas morbides, ce second rapport se dénature. La conscience a lieu, des pensées se forment et s'enchaînent comme à l'ordinaire; mais au lieu de s'orienter vers le moi, elles s'orientent, quelques-unes du moins, vers le système nouveau et pathologique que le délire a créé.

Telles sont les idées principales dans lesquelles se résume ce mémoire de psychologie pathologique.

III. — *Du rêve et du délire qui lui fait suite dans les infections aiguës*; par le D^r Klippel, médecin des hôpitaux, et F. Lopez (numéro d'avril). — De leurs observations les auteurs concluent que bien des caractères du rêve des alcooliques chroniques et du délire qui peut en être la conséquence, se reproduisent au cours des infections, aussi bien d'ailleurs que dans d'autres maladies toxiques ou névropathiques. Par leur évolution chronique et lente, par leurs localisations gastriques, hépatiques et cérébrales, les lésions de l'alcoolisme entraînent des symptômes cérébraux quelque peu différents de ceux de l'infection aiguë. Mais où les deux états sont réunis, c'est par l'intoxication d'origine gastrique, hépatique, rénale, etc., qui placent en continuelle imminence de rêve ou de délire un grand nombre d'alcooliques chroniques.

L'action des toxines sur les centres nerveux est d'autant plus facile que les neurones du sujet seront plus impressionnables par ses prédispositions. Mais en outre, l'action toxique, suivant les cas, donnera lieu à des rêves de forme différente, passagers à la phase prodromique de l'infection, prolongés à l'état de veille pendant son décours.

Le rêve toxi-infectieux et le délire qui peut le suivre présentent deux modalités principales. Dans la première variété, cénesthésique, dominent la terreur, l'angoisse, la répulsion, le dégoût, la tristesse, le brisement de la fatigue, etc. Dans la seconde, hallucinatoire, ce sont les hallucinations sensoriales, vue, ouïe, le sujet lui-même paraissant assister seulement en spectateur au drame qui se déroule.

IV. — *Un cas de rêve prolongé d'origine toxi-infectieuse*; par le D^r Klippel, médecin des hôpitaux, et P. Trenaunay, externe des hôpitaux (numéro de juin). — Observation clinique d'un rhumatisant en convalescence, pris subitement d'une crise de délire avec confusion des idées et hallucinations. « Nous n'hésitons pas, disent les auteurs, à faire dépendre ce rêve prolongé de la présence de l'auto-intoxication infectieuse, développée lentement pendant le cours de la maladie articulaire et atteignant son maximum d'action (c'est nous qui soulignons) sur les centres nerveux, à la période de déclin. »

V. — *La nostalgie et la neurasthénie*; par le D^r Lubetzki (numéro de mai). — La nostalgie n'est pas un mythe; M. Lubetzki fournit des observations qui le prouvent; comment se fait-il qu'on ne signale plus son existence? Elle a disparu du cadre nosologique depuis qu'une autre affection, la neurasthénie, dont elle n'est qu'une forme, a pris sa place. Entre la nostalgie et la neurasthénie, la ressemblance est parfaite: toutes deux peuvent être produites par la même cause (passion dépressive), et évoluent de la même façon. Rien n'autorise à différencier l'une de l'autre.

VI. — *Contribution à l'étude de la physiologie des émotions à propos d'un cas d'éreuthophobie*; par Vaschide et Marchand (numéro de juillet). — Les auteurs ont profité de ce cas pour étudier les états de rougeur et de pâleur en rapport avec les phénomènes d'émotion, et rechercher les rapports de succession entre le phénomène physiologique et le trouble émotionnel.

Leurs expériences les amènent à conclure que l'obsession de la peur de rougir, en tant qu'émotion, est bien d'origine cérébrale. L'idéation du sujet provoque une association qui, à son tour, suggère une émotion d'attente, d'anxiété ou d'angoisse: et les phénomènes neuro-vasculaires ne sont nullement la source de ces changements intellectuels émotifs.

La théorie de James-Lange a donc encore à prouver et surtout à expliquer le mécanisme des modifications neuro-vasculaires comme phénomènes initiaux.

Au surplus, l'obsession de la peur de rougir est bien loin d'être nécessairement liée à une coloration spéciale du visage, le phénomène dominant est un élément purement émotionnel, un état pour ainsi dire intellectuel, une forme spéciale d'obsession.

VII. — *Les aliénés de la Légion étrangère*; par Marie,

médecin en chef de l'asile de Villejuif (numéro de septembre). — Le fait de s'enrôler dans la Légion étrangère est souvent un symptôme de déséquilibre mental antérieure. Les incartades de ceux qui sont acculés à cette extrémité sont les signes indubitables d'une insociabilité et d'un défaut d'adaptation pathognomonique de certaines dégénérescences. Ce sont des cas que l'école italienne considère comme ataviques.

Par un retour ancestral à la période normale guerrière, certains individus reproduiront le sauvage sous l'écorce d'un civilisé, bien plus apte à la vie à demi-sauvage qu'à la société compliquée nécessaire à d'autres. La guerre des colonies les attire et, à voir certains de ces hommes, on voit bien qu'ils sont proches des barbares qu'ils combattent et auxquels ils empruntent jusqu'à leurs tatouages.

Les aliénés fournis par la Légion étrangère appartiennent en grande majorité à la dégénérescence mentale. Ceux que M. Marie a examinés avaient été réformés à la suite d'actes divers, de bizarreries simples, et aussi à la suite de désertions, de rébellions ou de délits tels que l'irresponsabilité avait sauté aux yeux.

VIII. — *L'amnésie antérograde émotive*; par N. Vaschide (numéro de septembre). — L'auteur expose succinctement quelques faits dont il conclut que « l'amnésie antérograde émotive normale » est un phénomène bien défini accompagnant toujours les émotions actives tristes. Le choc initial émotif provoque un arrêt brusque, instantané, qui est précédé par une obnubilation plus ou moins courte de l'activité intellectuelle du passé immédiat. Il s'agit d'une espèce de fascination ou d'un vertige. L'amnésie, après un laps de temps qui varie considérablement, passe lentement. Cette obnubilation, voisine de l'amnésie pathologique, en est cependant différente dans son évolution, sa genèse et sa reconstitution.

On n'observe pas ce phénomène à propos des émotions actives gaies.

IX. — *La mesure de la pression sanguine dans l'alitement thérapeutique des maladies mentales*; par Vaschide et P. Meunier (numéro d'octobre). — Par l'application du sphygmomanomètre de Potain et de celui de A. Mosso, on constate que l'alitement détermine les effets suivants :

Augmentation de la pression dans les excitations maniaques;

Augmentation moindre dans les états de délire avec agitation;

Diminution dans la mélancolie anxieuse avec un état mental instable;

Aucune influence dans un sens déterminé dans les démences;

Aucune influence d'aucune sorte dans l'idiotie, la mélancolie, la paralysie générale.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale.

I. — *Le sadi-fétichisme*; par le D^r Paul Garnier, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale du Dépôt (numéros de février et de mars). — Si l'amour peut être le mobile des actions les plus sublimes, le désir sexuel est parfois père de l'assassinat. Il y a, comme une colère de la volupté, et la brutalité de l'instinct sexuel peut être telle que son énergie en devienne *destructive*, à l'imitation de ce qui se passe dans certaines espèces animales.

De l'exagération fonctionnelle on passe à la déviation de l'instinct lorsque l'orgasme génital, pour se produire, a besoin du spectacle de la douleur infligée ou de sa représentation mentale. Il s'établit alors une relation nécessaire entre le besoin de martyriser ou de voir martyriser et l'excitation sensuelle qui ne se manifeste qu'à ce prix.

On est convenu de donner le nom de sadisme à cette perversion sexuelle en souvenir du trop fameux marquis, qui lui, sans doute, n'était pas un pervers, mais un pervers. Pour qu'il y ait perversion, il faut que l'on constate chez le malade l'obsession impulsive irrésistible. Le sadisme est donc un syndrome de la dégénérescence mentale; on peut le définir de la façon suivante: « Perversion de l'instinct sexuel établissant, sous forme d'une obsession impulsive, un rapport étroit entre la souffrance infligée réellement, ou mentalement représentée et l'orgasme génital, la frigidité restant d'ordinaire absolue sans cette condition à la fois nécessaire et suffisante. »

Il n'est pas nécessaire que le pervers soit l'auteur de la cruauté infligée, ni même que cette cruauté soit exercée sur le sexe contraire; chez certains individus, la simple vue du sang peut suffire et l'auteur a soigné un jeune dégénéré qui avait dévasté toute une basse-cour, égorgeant les poules pour se procurer une excitation voluptueuse qui survenait au contact du corps palpitant de la victime avec ses organes génitaux.

L'impulsion sadique est rare chez les femmes; Krafft-Ebing en cite cependant un exemple: une jeune femme exigeait que

son mari se fit des coupures au bras. Elle suçait le sang et en même temps éprouvait une vive excitation sexuelle.

Rien de plus diversifié que la manifestation de l'impulsion sadique. Il y a toute une série d'échelons entre l'acte le plus puéril, le plus absurde, depuis le sadisme simplement symbolique ou psychique jusqu'aux forfaits les plus monstrueux, mutilations, vampirisme, anthropophagie.

Le crime sadique porte d'ordinaire sa *signature* : l'attentat se répète exactement dans les mêmes conditions.

Dans tous les cas, le sadique s'adresse invariablement à la même partie du corps (flagellateurs, piqueurs de fesses, coupeurs de peau, coupeurs d'oreilles, éventreurs, etc.).

Si l'acte sadique ou sa représentation mentale est l'agent nécessaire d'une excitation voluptueuse qui trouve son apaisement final dans la copulation, le sadisme n'a pas toujours le coït pour but ; pour certains pervers, la cruauté sadique est une sorte d'équivalent de l'acte sexuel. Beaucoup de ces individus, grands masturbateurs, sont indifférents au coït normal.

Cette observation permet de comprendre la manière d'agir de certains sadiques qui, après avoir accompli un viol et avoir reconnu leur impuissance à éveiller ainsi la volupté, terminent la scène par un assassinat, une mutilation, où ils trouvent enfin, et là seulement, l'orgasme génital.

Mais les manifestations de l'amour sadique n'ont pas toujours la personne pour objet ; elles ne sont pas toujours corporelles ; de là, deux catégories : le sadi-fétichisme corporel et le sadi-fétichisme impersonnel.

Les deux perversions sexuelles connues sous les noms de fétichisme et de sadisme paraîtraient devoir s'exclure, alors qu'en réalité elles s'associent et se combinent étroitement chez le même individu. Certains sadiques flagellateurs sont en même temps des fétichistes des fesses.

Des simples *frôleurs*, des frotteurs, se distinguent les piqueurs de fesses, des bras, des épaules.

Philippe X..., le piqueur de fesses, dont l'auteur relate l'observation, est un individu de dix-neuf ans, fils de névropathes et porteur de stigmates de dégénérescence. Il fut arrêté par des passants au moment où, après avoir frappé, d'un coup de lame dans la fesse, une jeune fille, il cherchait à s'enfuir. Les jours précédents, il avait fait des blessures analogues à plusieurs jeunes filles. Il déclara, après de longues réticences, qu'il avait obéi à une idée qui le poursuivait depuis longtemps

et qu'à chaque attentat, il avait taché son linge. Les fesses des femmes sont sa passion, sa manie ; il en rêve.

Ce fait offre un exemple remarquable de l'association du fétichisme et du sadisme. Il en existe d'analogues dans la science (Tarnowski, Krafft-Ebing), quoique moins démonstratifs.

M. Garnier expose ensuite le cas de F. Maire, le coupeur d'oreilles, qui entraînait un enfant dans le Jardin-des-Plantes et, sous le prétexte de le guérir d'un mal imaginaire, lui coupait les lobules des deux oreilles. On ne put obtenir de lui l'avou de son obsession impulsive.

Puis, vient le cas d'Eugène L..., le mangeur de chair humaine, dominé par l'obsession de mordre une jeune fille, de lui arracher à pleines dents un morceau de peau satinée et le manger. Ne pouvant se satisfaire, il tournait sa rage contre lui, se coupait et mangeait des lambeaux de sa propre peau.

L'obsession des nécrophiles se rapproche du sadi-fétichisme. Le sergent Bertrand ne rêvait que cadavres quand il rêvait femmes. Avant de souiller des cadavres humains, il avait souillé des cadavres d'animaux.

Des sadi-fétichistes contre les personnes, l'auteur passe aux attentats contre les choses. Le sadi-fétichiste de cette catégorie est poussé à détruire l'objet fétiche. Tel le nommé Pierre X... qui coupait les robes des femmes avec des ciseaux ou les tachait d'encre, d'huile ou de vitriol. Chaque attentat lui procurait d'indicibles jouissances et une éjaculation spontanée.

Ces individus doivent être considérés comme des aliénés dangereux et internés dans un établissement spécial.

II. — *De l'internement et de la libération des alcooliques délirants*; par le Dr Boudin, médecin en chef de l'asile départemental du Doubs (numéro de mars). — L'auteur démontre, à l'aide de quelques exemples topiques, les lacunes de la loi de 1838 en ce qui concerne l'internement et la libération des alcooliques. Il n'est pas rare qu'un isolement de quelques jours suffise à faire disparaître les symptômes délirants ; dès lors, l'internement, légalement, n'est plus justifié et le médecin se trouve dans cette pénible alternative, ou de renvoyer, pour obéir à la loi, un individu qui, quelques jours plus tard, retombera et pourra commettre un crime, ou de maintenir une séquestration illégale dans l'intérêt social. Il conclut à la création « d'asiles spéciaux d'amendement » pour les alcooliques non délirants, et « d'asiles spéciaux de sûreté » pour les délirants alcooliques criminels ou dangereux.

III. — *Un cas d'illusion visuelle d'origine onirique chez un alcoolique*; par M. Granjux (numéro de mai). — M. Granjux communique à la Société de médecine légale, dans sa séance du 9 avril 1900, l'observation d'un sous-officier réserviste qui avait encouru une grave punition pour les motifs suivants : « Étant de garde et consigné, est sorti du quartier à deux reprises, a tenu à un homme en prévention de conseil de guerre des propos contraires à la discipline, s'est exprimé au poste de police en termes injurieux sur le compte des officiers de la section. »

Or, ce réserviste, marchand de bestiaux, était en état d'alcoolisme; sachant qu'il allait prendre la garde, il se frappa de l'idée que le soldat en prévention pourrait mourir ou se suicider dans sa cellule, ainsi que cela avait eu lieu récemment dans un autre régiment, fait autour duquel les journaux avaient fait quelque bruit. De là la série d'actes extraordinaires qui n'étaient qu'un rêve vécu et pour lesquels il était inculpé. M. Granjux démontra son irresponsabilité.

Le Progrès médical.

I. — *De quelques phénomènes d'excitation et de dépression mentales en relation avec l'attaque d'épilepsie*; par le Dr M. de Fleury, ancien interne des hôpitaux (n° 10). — Chez les épileptiques, on constate de grandes modifications intellectuelles et affectives selon qu'on les envisage en imminence paroxystique ou tout de suite après le sommeil post-convulsif. Dans quelques cas, l'auteur a vu cette évolution de l'état mental prendre un relief saisissant : avant la crise, dynamie fonctionnelle, excitation mentale, optimisme, humeur querelleuse; aussitôt après, impuissance, dépression, humilité, syndrome pseudo-mélancolique.

M. de Fleury, s'appuyant sur ces observations, émet quelques idées sur la genèse des phénomènes affectifs et se range à la théorie de James Lange.

II. — *De l'hystérie mâle de l'enfance*; par Bourneville et J. Boyer (n° 16). — Ces deux observations, qui viennent s'ajouter aux cas déjà nombreux publiés par M. Bourneville et qui, comme les autres, se sont terminés par la guérison en un temps relativement court, méritent d'attirer l'attention.

III. — *Considérations sur un cas grave de morphi-cocainomanie*; par le Dr P. Sollier, ancien interne des hôpitaux, médecin du sanatorium de Boulogne-sur-Seine (n° 19). —

Médecin prenant 3 grammes de morphine, qui, essayant de se débarrasser de sa morphinomanie par la méthode substitutive, eut recours à la cocaïne et devint cocaïnomane (2 grammes de chaque substance par jour.) Le malade, qui n'avait ressenti presque aucun inconvénient de l'intoxication morphinique, éprouva dès le début des injections de cocaïne : sueurs, constipation, selles fétides, excitation cérébrale, diminution de la mémoire, perte du sommeil et de l'appétit. Puis troubles de la vue, hallucinations, délire de persécution, hallucinations de l'ouïe.

Il se décide à se soigner. On lui applique la méthode lente. Il ne tarde pas à retomber, avec 50 centigrammes de morphine et jusqu'à 6 grammes de cocaïne par jour. Un nouveau phénomène survint, l'albuminurie avec crise d'urémie.

Nouvelle cure dirigée par M. Sollier. Le malade arrive plié en deux, le corps en quelque sorte tordu sur lui-même. Cette déformation est produite par une infiltration et une rétraction des tissus de l'abdomen et des hanches, siège habituel des piqûres, avec pigmentation de ces parties et des deux jambes. Les troubles du sevrage ne présentèrent rien de particulier. En deux mois, le malade a repris 22 kilogrammes.

IV. — *Sclérose en plaques ayant débuté dans l'enfance, imbécillité*; par Bourneville, (n° 21). — Observation intéressante, non susceptible d'analyse.

V. — *Étages radiculaires et métamérie spinale (à propos d'un cas de zona thoraco-brachial)*; par E. Brissaud et E. Le-reboulet (n° 27). — On confond souvent les *métamères spinaux* et les *étages* ou *segments radiculaires*. Dans les lésions métamériques spinales, les troubles trophiques ou esthésiques cutanés des membres sont répartis par *tranches transversales*, tandis que les lésions radiculaires produisent des troubles répartis suivant des *bandes longitudinales*.

Cette distinction s'impose dans le zona. Cette trophonévrose dépend d'une lésion tantôt nerveuse, tantôt ganglionnaire ou radiculaire, tantôt spinale. Pour être complet, le diagnostic doit préciser la localisation.

VI. — *Hydrocéphalie*; par Bourneville et J. Noir (n° 28). — Cette maladie n'est pas toujours congénitale; elle se développe assez souvent dans la première enfance par poussées aiguës successives avec des phénomènes convulsifs qui peuvent faire penser à des accidents méningitiques. L'observation ici publiée en est un exemple.

VII. — *Vie sexuelle, mariage et descendance d'un épileptique*; par Bourneville et Poulard (n^{os} 38 et 39). — La descendance de cet épileptique comprend huit enfants, trois morts en bas âge; trois ont eu des accidents convulsifs. Ce cas montre le danger du mariage des épileptiques; le médecin ne devrait jamais le conseiller.

VIII. — *Hérédité*; par le professeur Chantemesse (n^{os} 40, 41, 42, 43). — Après de longs développements concernant la morphologie cellulaire, l'auteur conclut que le pouvoir de développement d'un individu est enfermé dans la structure du plasma germinatif qu'il a reçu en héritage.

L'*hérédité physiologique* peut-être directe, lointaine, similaire, dissemblable. *Individuelle*, elle est la transmission des caractères et des qualités propres à l'individu. Les mutilations ne se transmettent pas; seules se transmettent les anomalies survenues pendant la vie embryonnaire et qui ont pu, en vertu de la loi de corrélation, modifier le système nerveux de l'embryon avant qu'il ait parcouru les grandes lignes de son développement. Il n'y a pas lieu d'attacher à chaque sexe en particulier une puissance héréditaire spéciale. La question de l'hérédité des sexes n'est pas tranchée.

L'*hérédité de race ou atavisme*, est la manifestation la plus puissante de l'hérédité. C'est elle qui maintient depuis des siècles les races et les caractères des peuples.

L'*hérédité pathologique* existe-t-elle? Oui, quant aux maladies qui se transmettent de génération en génération. En ce qui concerne les maladies absentes chez les ascendants, acquises par l'individu, il faut séparer, dans ce qu'on est convenu d'appeler l'hérédité, ce qui appartient à l'état physico-chimique de l'une ou l'autre cellule au moment de leur fusion, *hérédité conceptionnelle*, et ce qui dépend des conditions extérieures, une fois la fécondation accomplie, *hérédité utérine*. Ces deux modes d'hérédité comportent de très grandes différences. Le premier dépend des deux géniteurs, le second est exclusivement maternel.

L'hérédité conceptionnelle pathologique offre à considérer trois cas: le premier est celui qui se rapproche le plus des manifestations de l'hérédité physiologique (trouble de nutrition limité ou spécifique; goutte et ses dérivés, hémophilie, daltonisme, psychoses). Le second est celui où les microcosmes de l'une ou l'autre, ou des deux cellules germinatives, reçoivent la secousse brutale, généralisée, d'une influence nerveuse, d'un

poison ou d'une toxine microbienne (dystrophies héréditaires de l'alcoolisme, de la tuberculose, de la syphilis).

Le troisième mode d'hérédité conceptionnelle, découvert par Pasteur (pébrine des vers à soie), consiste dans l'infection ovulaire. L'œuf infecté peut se développer; il existe alors une infection héréditaire latente, plus ou moins tardive. En pathologie humaine, la syphilis répond à ces conditions; pour la tuberculose, le fait paraît douteux.

L'auteur termine par quelques développements sur les principales maladies héréditaires.

IX. — *Astasie-abasie hystérique*; par le D^r Terrien (de la Vendée (n° 46). — Intéressante observation dont voici le sommaire, d'ailleurs suffisamment suggestif : « Marche sur les genoux et sur les coudes et avant-bras. Exagération considérable des réflexes patellaires sans trépidation épileptoïde ni phénomène des orteils. Parésie des deux avant-bras sans anesthésie. Durée de l'affection, quatre ans. Guérison instantanée, complète et durable par psychothérapie. »

X. — *L'épilepsie larvée*; par le D^r Ardin-Delteïl, chef de clinique à l'Université de Montpellier, médecin-adjoint de l'Asile d'aliénés de l'Hérault (nos 50 et 52). — L'auteur nous fournit dans ce travail un excellent résumé d'ensemble des formes innombrables que peut revêtir l'épilepsie larvée, qu'il définit : « Une forme d'épilepsie empruntant pour se manifester des caractères étrangers à l'épilepsie ordinaire et revêtant la forme de diverses espèces nosologiques étrangères. »

Les équivalents épileptiques sont de deux ordres : physiques et psychiques. Les équivalents physiques comprennent : 1° des équivalents moteurs, différents des convulsions; 2° des équivalents sensitifs, vaso-moteurs et viscéraux; 3° des équivalents sensoriels.

L'auteur passe successivement en revue ces diverses manifestations. Nous ne pourrions le suivre sans reproduire presque en entier son travail.

Archives générales de médecine.

I. — *Trois cas de tumeur cérébrale à forme psycho-paralytique*; par MM. Brault, médecin de l'hôpital Tenon, et Loeper interne des hôpitaux (numéro de mars). — Dans le premier cas, il s'agit d'un sarcome fasciculé détruisant le centre cortical de l'aphasie, la partie antérieure du faisceau pyramidal dans la

capsule, et s'étant traduit cliniquement par des troubles psychiques démentiels, hémiplegie droite progressive et aphasie.

Dans le second cas, on trouva un kyste hydatique de la face inféro-externe du lobe temporo-occipital qui s'était traduit par des troubles psychiques délirants (hallucinations, idées fixes, obtusion, amnésie, une monoplégie gauche avec contracture, l'hémanesthésie gauche, de la surdité verbale et un affaiblissement de l'acuité visuelle).

Dans le troisième fait, sarcome à petites cellules d'aspect gliomateux ayant détruit le pied de la troisième frontale, de la frontale ascendante, et l'origine de la deuxième frontale. Les symptômes observés étaient : ictus apoplectique, hémiplegie droite et aphasie.

Dans ces trois cas, les troubles psychiques et paralytiques dominaient le tableau morbide. Il semble, d'après les auteurs, que l'association de ces deux ordres de symptômes constitue une variété à part dans la classe des tumeurs cérébrales : les tumeurs à forme psycho-paralytique.

II. — *Contribution à l'étude clinique et anatomo-pathologique de l'hémichorée organique*; par le D^r Touche, médecin de l'hôpital de Brévannes (numéro de mars.) — De vingt-quatre observations personnelles, dont dix suivies d'autopsie, M. Touche croit pouvoir tirer des arguments valables pour combattre comme trop exclusives les théories qui rattachent l'hémichorée à une lésion de la couche optique ou de la partie la plus reculée de la capsule interne; la théorie de Pick et Kahler attribuant l'hémichorée à une simple irritation du faisceau pyramidal, mérite infiniment plus de considération. Il tendrait cependant à se rallier à la théorie soutenue par Bonhoefer et Muratof, théorie qui admet une voie coordinatrice joignant l'écorce cérébelleuse à la corticalité psycho-motrice et empruntant la voie du pédoncule cérébelleux supérieur, du noyau rouge, de la couche optique, du genou de la capsule interne, du segment antérieur de celle-ci, de la partie antérieure du noyau lenticulaire, et probablement aussi de la partie du noyau caudé avoisinant le segment antérieur de la capsule interne.

III. — *De la soif pathologique en général et en particulier de la soif brightique*; par M. le D^r Klippel, médecin des hôpitaux (numéro d'avril). — Les cas de soif pathologique peuvent se grouper ainsi :

1° La soif compensatrice, nécessitée par toute soustraction d'eau à l'économie;

2° La soif par nécessité de polyurie, pour l'élimination d'une substance en excès dans le sang (sucre, urée, chlorures);

3° La soif dyscrasique, par altération du sang;

4° Enfin la soif des maladies nerveuses (soif réflexe, soif bulbaire organique, soifs névropathiques de l'hystéro-épilepsie, du diabète hydrique, de la polydipsie); la soif, trouble psychique, idée obsédante et impulsive (dipsomanie).

La polydipsie brightique doit surtout rentrer dans le groupe des soifs dyscrasiques. Elle est assez fréquente, surtout dans la néphrite interstitielle symptomatique de l'artério-sclérose. Elle y apparaît comme un des signes du petit brightisme. Ces malades accusent une sensation très vive de sécheresse de la bouche; une simple gorgée fréquemment renouvelée l'apaise; la langue est sèche, grisâtre; le pharynx et le voile du palais offrent une rougeur plus ou moins vive. Entre la polyurie et la soif, il y a un intermédiaire obligé qui est la stomatite avec diminution des sécrétions salivaires.

Nous signalons cet intéressant travail de M. Klippel aux aliénistes. Pour notre part, nous avons rencontré cette soif pathologique dans quelques cas de psychose symptomatique d'un mauvais état des reins seulement soupçonné. Ce symptôme peut donc mettre sur la voie du diagnostic.

IV. — *Des amyotrophies diffuses consécutives aux traumatismes légers de l'extrémité des membres*; par Gilbert Ballet, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, et H. Bernard, interne des hôpitaux (numéro de mai). — Voici la conclusion de ce mémoire :

1° A la suite d'une *lésion cutanée superficielle*, exceptionnellement même d'une lésion articulaire, peut se montrer un syndrome dont la caractéristique principale est une *atrophie musculaire* à forme spéciale.

2° Cette amyotrophie atteint à un degré sensiblement le même tous les muscles du membre, *atrophie en masse* ou *diffuse*. Elle est légère et ne s'accompagne pas de dégénérescence.

3° Le syndrome ne peut être mis sur le compte ni d'une névrite ascendante vraie, ni d'une dégénération cylindraxile, et doit être rapporté à un trouble de nutrition léger des cellules médullaires des cornes antérieures.

V. — *Treize observations de ramollissement ou d'hémorragies du cervelet, de la protubérance annulaire, et du pédoncule cérébral, avec autopsie*; par le Dr R. Touche, médecin de l'hôpital

de Brévannes (numéro de juillet). — Ce mémoire exclusivement clinique et descriptif ne comporte aucune conclusion générale, et n'est pas susceptible d'une analyse sommaire; chaque observation doit être examinée à part. L'auteur a voulu apporter une contribution à la physiologie des parties de l'encéphale siège des lésions.

VI. — *Étude sur la répartition géographique du goître en France*; par M. Lucien Mayet, interne des hôpitaux, préparateur à la Faculté de médecine de Lyon (numéro d'août). — Ce travail est basé sur les mêmes documents que ceux qui ont servi au professeur Poncet et à M. Mayet pour leur communication à l'Académie de médecine du 12 juin 1900, que nous avons analysée en même temps que les autres travaux de cette compagnie. Nous prions le lecteur de s'y reporter.

VII. — *Essai sur la psychologie du phtisique*; par le Dr M. Letulle, agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Boucicaut (numéro de septembre). — Le phtisique subit d'importantes modifications dans sa cérébralité.

État intellectuel. — Au début, les aptitudes intellectuelles sont d'ordinaire conservées, surtout chez les jeunes sujets; souvent même les facultés s'aiguisent d'une manière singulière. La mémoire, les jugements, la finesse, le sens critique, s'épanouissent avec ampleur, en même temps que se manifestent les premiers symptômes de l'infection générale. Parallèlement à la floraison psychique du début, on a pu remarquer une véritable dynamie fonctionnelle: projets nombreux, entreprises, combinaisons, voyages, vie mondaine. Le malade en a parfois seulement conscience.

Puis tout s'écroule. La paresse cérébrale devient la compagne d'abord passagère, puis continue de l'épuisement des forces matérielles de l'organisme. Cet épuisement cérébral ne va pas jusqu'à supprimer cette faculté: l'étude du *moi pathologique*. Enraciné dans cette idée « qu'il lui faut vivre », qu'il « veut, qu'il peut vivre », le tuberculeux entre dans une sorte d'état auto-suggestif, au cours duquel tout ce qui lui reste de forces intellectuelles se concentre sur l'observation de lui-même et de son mal dont le plus souvent il suit, en pleine connaissance de cause, tous les progrès.

De là, ces décisions paradoxales de tuberculeux en pleine possession de leur raison qui, pour la mener courte et bonne, se livrent dans les derniers mois à l'existence la plus déraisonnable, aux dépenses les plus exagérées.

Rarement, on note chez le phtisique *cette illusion délirante chronique* qui lui fait considérer sa santé déclinante comme de jour en jour meilleure. Quand l'euphorie se produit, c'est en général très près de l'issue fatale.

État d'âme du phtisique. — Un grand nombre de tuberculeux sont touchés au point de vue moral comme au point de vue intellectuel. L'irritabilité psychique se développe et un changement de caractère rapide, parfois suraigu, se produit. Les défauts de l'âme s'exagèrent; l'assombrissement, la tristesse deviennent l'état habituel. L'égoïsme s'éveille ou plutôt s'exacerbe; il devient l'unique passion du poitrinaire. « Moi, toujours moi, et moi quoi qu'il advienne »; là est le véritable état d'âme de la grande majorité des poitrinaires. Les sentiments affectifs sont sinon obnubilés, du moins rapportés par lui à sa propre personnalité. Il ne s'étonne d'aucun dévouement, d'aucun sacrifice; tout lui paraît dû. Les passions nobles ont disparu, mais il lui en reste une basse : la *jalousie*. Les poitrinaires jalouses sont de notion courante en phtisiologie. Cette passion peut aller jusqu'à la vésanie, et l'on ne compte plus les phtisiques jalouses assassinant leur mari et se suicidant ensuite sur le corps de la victime, « pour être bien sûres de n'être pas oubliées de lui ». Ajoutez la rancune, l'esprit vindicatif souvent fort développé.

Dans cet égoïsme, féroce à force d'inconscience, aucune tare psycho-pathologique ne pénètre, ajoute M. Letulle; et ici nous ne pouvons être de son avis : la tuberculose joue un rôle important et absolument méconnu dans la pathogénie d'un certain nombre de psychoses.

VIII. — *Deux cas d'hémiplégie urémique avec autopsie*; par le Dr L. Rodier, chef de clinique médicale (numéro d'octobre). — L'hémiplégie urémique est connue depuis les travaux de Raymond, Chantemesse et Tenneson, Boinet, Ballet, etc. Mais le diagnostic en est toujours délicat en l'absence d'autres phénomènes urémiques. C'est ce que démontrent les deux faits rapportés par l'auteur, où l'erreur ne fut reconnue qu'à l'autopsie.

IX. — *Sur les troubles de la sensibilité générale consécutifs aux lésions des hémisphères cérébraux chez l'homme*; par le Dr Verger, ancien chef de clinique médicale à l'Université de Bordeaux (numéro de novembre et décembre). — Dans ce mémoire important, l'auteur, après avoir établi la nature hystérique de l'hémianesthésie totale dite capsulaire des hémiplé-

giques, étudie cliniquement le type de l'hémianesthésie de cause organique. Les troubles de la sensibilité, chez les hémiplegiques, sont fréquents, mais souvent frustes, atypiques, avec prédominance des troubles du toucher.

Dans une première partie, M. Verger expose ses observations personnelles et s'efforce de montrer qu'on peut donner, de l'hémianesthésie cérébrale, une description d'ensemble.

Dans la seconde partie, il interprète les faits anatomo-cliniques et fait la physiologie pathologique de l'hémianesthésie. Le mémoire se termine par un index complet des travaux qui se réfèrent au sujet traité.

D^r CULLERRE.

JOURNAUX ANGLAIS

Journal of mental science

ANNÉE 1899 (*Suite*).

XIV. — *L'assistance des épileptiques*, par M. John R. Lord (numéro de juillet). — Avant d'aborder l'étude d'une organisation spéciale, l'auteur passe en revue les différents types d'épilepsie observés dans les asiles. Il les classe en cinq catégories d'après la cause probable de la névrose comitiale.

a. Les cas résultant d'une grosse lésion cérébrale, congénitale ou acquise (généralement acquise).

b. Ceux qui sont le produit de l'alcoolisme chronique, de la syphilis, du saturnisme, etc., sans localisation.

c. Les cas hystéroïdes.

d. L'épilepsie congénitale, fréquemment associée avec l'imbécillité, sans lésion cérébrale définie.

e. L'épilepsie idiopathique, dont la pathogénie est encore inconnue.

Une assistance différente est indiquée suivant les types. Le premier groupe comprend des malades d'infirmerie. Les syphilitiques réclament souvent une hospitalisation semblable. Les alcooliques femmes sont communément de vraies aliénées; les hommes sont probablement des sujets convenables pour la colonie.

Le degré d'altération des facultés mentales a son importance. Il est des épileptiques absolument aliénés, même en

dehors de leurs crises. D'autres voient leur trouble mental s'exaspérer au moment des attaques. Tous ces malades ont leur place à l'asile. Le mode d'assistance est difficile à trouver pour ceux qui sont relativement, sinon complètement sains d'esprit dans l'intervalle des attaques, et le conseil du comté de Londres s'est intéressé à leur condition.

Le choix d'une occupation est la base du traitement. M. Lord rapporte ce fait curieux, acquis par l'expérience, que les crises tendent à disparaître pendant les heures de travail qui fait en outre une diversion salutaire aux tristesses du malade. Par le travail, l'épileptique diminue les charges de son entretien. S'il a perdu, depuis le début de sa maladie, la connaissance de son métier, il est souvent utile de lui trouver une occupation nouvelle qui lui convienne. Notre confrère recommande le labeur agricole, la menuiserie, la confection des nattes, etc. Les travaux domestiques, la couture, le lessivage, etc., sont utiles aux femmes et profitent à la colonie.

Une hygiène sévère est d'autant plus nécessaire aux épileptiques qu'ils sont prédisposés à la phtisie. Leur mortalité par cette cause dépasse celle des aliénés ordinaires. Le pourcentage des épileptiques morts phtisiques est de 17. Celui des aliénés des asiles londoniens n'est que de 11.5. La durée moyenne de la vie est, pour les épileptiques, de quarante ans; pour toutes les classes d'aliénés, de cinquante et un ans et demi.

L'hospitalisation séparée des épileptiques non aliénés s'impose dans l'intérêt des malades et de la société qui doit s'opposer de toutes ses forces à la propagation d'une race dangereuse. M. Lord donne ensuite d'intéressants détails sur les œuvres actuelles.

C'est d'abord le « home » fondé en 1889 à Maghull, près de Liverpool. Il contient 119 malades des deux sexes, un peu plus d'hommes que de femmes, et reçoit des pensionnaires payants. L'amélioration par le travail est manifeste. Sur 108 sujets, 10 ont vu cesser leurs attaques pendant de longues périodes; 24 sont très améliorés, 39 améliorés au point de vue de la fréquence des accès. Chez quelques-uns, le trouble mental s'est aggravé avec l'âge; un seul a dû être envoyé dans un asile.

La Grande-Bretagne possède ensuite le petit établissement de Meath Home, dans le comté de Surrey, qu'on doit à la libéralité de la comtesse de Meath. En 1894, un effort plus considérable a été tenté par « la Société nationale pour l'emploi

des épileptiques » grâce à la munificence de M. Passmore Edwards. La grande colonie de Chalfont Saint-Pierre s'élève dans le Buckinghamshire. Ayant commencé avec neuf colons, sa population atteint le chiffre de 48 pensionnaires en 1898. Il se compose de deux bâtiments contenant chacun 18 hommes et d'un troisième où sont logées 12 femmes. Quand il sera terminé, l'asile pourra hospitaliser 200 épileptiques. Le travail, partie fondamentale du traitement, s'y combine heureusement avec les jeux et les récréations. Les stimulants y sont rigoureusement proscrits. Il est défendu de fumer aux heures de travail qui est gratifié pécuniairement. Les résultats obtenus sont encourageants. Un seul épileptique est devenu aliéné dans la colonie et aucun accident n'a été encore à déplorer de ceux auxquels sont exposés les épileptiques.

En 1897, le Dr Rhodes et l'alderman Mac Dougall ont fait un voyage d'études sur le continent et ils proposent deux assistances distinctes pour les épileptiques infirmes et ceux qui peuvent travailler. Ces derniers doivent être colonisés. MM. Rhodes et Mac Dougall proposent l'acquisition d'un terrain à Rivington, dans le Lancashire, aux frais des unions de Manchester et Chorlton, pour y construire un asile sur le modèle de l'établissement allemand d'Alt-Scherbitz. Il comptera deux divisions, l'une pour les imbéciles et épileptiques aliénés, l'autre (250 places) pour les individus qui n'ont pas de troubles mentaux. Les bâtiments n'auront pas d'escaliers et l'on accédera aux étages par des plans inclinés. L'établissement offrira probablement un type semblable à l'asile de Wuhlgarten près Berlin.

Une autre création se prépare dans le Lancashire. Sur un terrain de 460 acres va s'élever à Chelfort une colonie de deux à trois cents malades.

L'initiative des Unions de Manchester et Chorlton a déjà porté son fruit. Le comité des gardiens de Leicester vient de provoquer l'acquisition d'un terrain pour une œuvre semblable. Le dernier effort à noter, qui ne sera pas le moins fructueux, est celui du conseil de comté de Londres qui est déjà en possession d'une propriété à Horton Mannor où vont être hospitalisés, en plusieurs pavillons séparés, environ 300 aliénés épileptiques.

Ce chapitre contient quelques documents statistiques intéressants. Sans compter les aliénés, la population anglaise aurait une proportion de 1,5 pour 1.000 d'individus atteints de

mal caduc. La métropole n'en contiendrait pas moins de 4.000. Un cinquième de ces malheureux est interné dans les Work-houses.

Les épileptiques aliénés fournissent dans les asiles un pourcentage de 7,9 sur les admissions, leur nombre moyen par an étant de 1.412. A Londres, sur 11.794 aliénés de toutes catégories, il y a 1.120 épileptiques.

M. Lord termine par une mention rapide des institutions similaires d'Amérique et du continent. Au premier rang se place l'asile de l'Ohio, ouvert en 1893, pour les épileptiques aliénés et non aliénés. Il assiste 900 malades et est formé de 11 cottages de 50 à 75 lits chacun, une buanderie pour 75 travailleuses ; un immense pavillon pour 200 aliénés.

On y trouve des ateliers, une école, une cuisine, deux vastes réfectoires, des magasins, etc. On y ajoutera plus tard des pavillons d'agriculteurs, des infirmeries, une chapelle, une salle de récréation.

Des établissements ayant le même but existent en Pensylvanie, dans le New-Jersey, en Californie, dans le Massachussets. Le plus important est la colonie de Craig, à Sonyea (Etat de New-York). Magnifiquement situé, il offre l'aspect d'un village d'Angleterre. On y trouve des innovations intéressantes comme une école d'infirmiers, un laboratoire d'études.

En Europe, il faut remarquer la colonie de Bethel, à Bielefeld, près Hanovre, fondée, il y a trente ans, par le pasteur von Bodelschwing, devenue aujourd'hui une vraie ville de 3.000 âmes ; les belles institutions d'Alt-Scherbitz, d'Uchtspringe, de Dalldorf et de Wiehlgarten.

XV. — *Notes sur l'influence de l'ébriété maternelle sur la descendance*, par le D^r W. C. Sullivan (numéro de juillet). — Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

1° L'ivresse maternelle est une condition particulièrement défavorable à la vitalité et au développement du fœtus. Elle est beaucoup plus grave que l'alcoolisme paternel.

2° Bien que cette influence, dont le degré se mesure à la mortalité infantile, paraisse due surtout et indirectement à la détérioration du milieu, une large part en revient à l'action primitive du poison sur l'organisme maternel. La réalité de cette action est démontrée par la tendance aux morts-naisances et aux avortements, par le nombre des enfants épileptiques, par la forme prédominante des décès, par les effets de l'intoxication alcoolique.

3° L'influence primitive de l'alcool est due en partie aux effets permanents du poison localisé dans l'organisme maternel, créant une condition de dégénérescence transmissible, en partie à l'empoisonnement qui s'attaque à l'embryon pendant la grossesse et à l'enfant pendant la lactation.

4° Le premier de ces modes d'action est, de sa nature, permanent, avec une tendance à l'aggravation. Le second, tout en ayant une tendance à se fixer et à s'accroître constamment, est susceptible d'une augmentation temporaire ou d'une atténuation.

5° Sous ces diverses influences, la tendance de la famille éprouvée par l'alcoolisme maternel offre un type inverse de la famille syphilitique; c'est-à-dire que les enfants venus les premiers étant normaux, ceux qui suivent sont plus ou moins défectueux s'ils dépassent l'enfance; puis viennent les morts prématurées, les morts-naissances, et enfin les avortements.

6° Lorsque des déviations de ce type se rencontrent, elles sont dues à des variations dans l'intensité du second mode d'influence. Les déviations imputables à cette cause consistent, par exemple, dans la mort prématurée de l'enfant venu le premier, produit d'une conception en état d'ivresse, et dans la survivance des derniers venus, lorsque la mère a séjourné en prison pendant sa grossesse.

D^r PONS.

BIBLIOGRAPHIE

Ueber die Beziehungen der Psychologie zur Psychiatrie (Des rapports de la psychologie avec la psychiatrie). Discours d'ouverture du cours de psychiatrie à l'Université d'Utrecht; par le professeur Th. Ziehen. Iéna, G. Fischer, 1900.

Il fut un temps où la psychiatrie était inféodée à la psychologie contemporaine et dominée par les mêmes principes métaphysiques. La folie, sous l'influence des doctrines philosophico-religieuses, était tenue, souvent, à opprobre, et sa rareté chez l'enfant, déduite, en exemple, de l'innocence morale de celui-ci. Une réaction devait se produire : Esquirol survient, dont l'œuvre entier procède déjà de la pure observation clinique; Gall, grand anatomiste et douteux phrénologue, déclare tout net que les maladies de l'esprit ne sont que des maladies du cerveau, de son manteau gris, à la surface duquel aboutissent toutes les fibres nerveuses périphériques; cette proposition fondamentale, Foville et Delaye la confirment, à leur tour, pleinement; elle fait aujourd'hui partie du domaine scientifique. De là, un nouvel essor de la psychiatrie qui rentre progressivement dans le giron de la médecine générale; de là, une transformation heureuse des maisons de fous en établissements hospitaliers, en asiles de malades.

Et la psychologie? Celle-ci, durant ce temps, était l'objet d'une méfiance profonde, vu les errements anciens par elle imposés à la médecine mentale; la crainte de retomber sous les fourches de la métaphysique la faisait méconnaître, au point que l'étude des expressions pathologiques du Moi s'effectuait dans l'ignorance complète de ses manifestations normales. La chose ne pouvait durer : une psychiatrie scientifique n'est pas possible sans psychologie rigoureuse. Aussi, la psychiatrie moderne en revient-elle à la psychologie, non sous la forme spéculative qui a régné jusqu'au milieu du XIX^e siècle, mais bien sous l'aspect physiologique, expérimental, à la suite des Fechner, des Wundt et de maints autres. Il ne suffit point, cependant, que la médecine s'approprie les résultats de l'expérimentation normale; il faut encore qu'elle développe un certain tact dans

leur application souvent entourée de difficultés et de dangers. Le problème est donc celui-ci : « Comment pourrions-nous analyser cliniquement et d'après une méthode sûre l'infinie variété des symptômes morbides rencontrés dans la vie psychique? »

L'étude expérimentale des sensations, éléments basilaires de notre existence intime, doit passer avant toute autre. Dans ce domaine, la psychiatrie s'intéresse surtout à ces variations de la sensibilité que ne limite pas une localisation étroite, mais qui, plus générales, apparaissent dans tout le champ, beaucoup plus vaste, de l'aire sensible. Il s'agit, tout d'abord, de déterminer l'indice de « moindre excitation ou de perception infime », c'est-à-dire le minimum de poids, de lumière ou de son strictement suffisant pour provoquer une sensation définie. L'excitateur capillaire de Frey et l'esthésiomètre à pendule de l'auteur permettent d'instituer de semblables enquêtes chez la plupart des aliénés. — L'excitation devenant plus manifeste à mesure que s'accroît l'énergie active de l'excitant, il s'ensuit qu'un rapport naturel, mathématiquement traduisible, peut exprimer ces relations de cause à effet; or, ce rapport varie très particulièrement dans un grand nombre de psychoses. Ici, encore, s'ouvre donc, toute grande, une voie favorable aux recherches expérimentales.

Un groupe important à étudier est, aussi, celui des troubles sensoriels. Plus des trois quarts d'entre les aliénés entendent, voient, sentent, goûtent ou odorent quelque chose qui n'existe pas pour autrui. D'autres ont seulement des illusions, c'est-à-dire perçoivent autrement que l'individu normal. Sur ce terrain, une tradition malheureuse, quoique lointaine, veut qu'il suffise de laisser parler le malade pour obtenir sur son état mental tous les renseignements nécessaires. L'expérience montre qu'on peut faire plus et mieux. Soumettez, par exemple, à un homme sain et à un cérébral, des taches mal délimitées plus ou moins sombres, plus ou moins claires, et demandez leur de décrire ce qu'ils voient : l'homme sain dépeindra les taches à peu près comme elles sont et c'est à la longue, seulement, qu'il dégagera de vagues figures de leurs contours imprécis; parmi les phrénopathes, le mélancolique, généralement déprimé, angoissé, atteint de paresse idéative et peu sujet aux aberrations sensorielles, n'éprouvera guère d'illusions ni d'hallucinations; le dément, plus dépourvu encore de l'aptitude illusionnelle, sera, sur ce point, inférieur même à l'individu normal,

d'âge et de milieu identiques. Très différemment se comportera la paranoïa chronique simple (délire de persécution) où nous constatons déjà une tendance aux perversions sensorielles foncièrement plus développée; mais, c'est, surtout, dans les folies hallucinatoires aiguës (paranoïa hallucinatoire aiguë de Westphal, délire hallucinatoire aigu de Schüle, amentia hallucinatoire de Meynert) que l'aptitude illusionnelle s'épanouira, parfois en un développement énorme. Présentez encore au buveur délirant des images variées, noires ou polychromes : pareil spectacle engendre, aussitôt, des hallucinations par une transformation extrêmement compliquée de ces images; les phosphènes provoqués déterminent, chez le même sujet, des troubles analogues. — Là ne s'arrête encore pas l'examen des aberrations sensorielles : l'étude de leur stabilité offre, aussi, un très grand intérêt, une importance capitale, au point de vue diagnostique, pronostique et même thérapeutique, cette stabilité se trouvant maintes fois modifiée par des excitations sensorielles intercurrentes et simultanées.

Autrement difficiles sont les recherches sur les représentations mentales ou images mnémoniques. Deux déterminations essentielles sont à réaliser sur chaque malade : l'inventaire de son trésor idéatif et la mensuration de son aptitude à fixer des notions nouvelles. De ces deux examens, le premier est le plus ardu, le nombre et la variété des images psychiques étant fort restreints, au début de l'existence, mais s'amplifiant ensuite démesurément, au gré du milieu social, des différences individuelles, des éventualités biologiques, de l'entourage particulier, etc. Une classification complète de nos idées a donc été essayée qui répondit aux conditions de la méthode expérimentale et pût constituer un instrument suffisant d'appréciation : elle est encore loin de la perfection désirable. — Plus simple est l'étude de la faculté d'emménagement ou capacité perceptive; l'auteur y procède au moyen de certaines combinaisons numériques assez simples énoncées devant les sujets : un normal est capable d'en répéter au moins six ou sept dans le même ordre; un ramolli ou un paralytique débutant en oublie, parfois, jusqu'à quatre ou cinq; chez les déments séniles, cette lésion est encore plus frappante. La même méthode sert à poser un diagnostic différentiel entre la déchéance véritable et certains états fonctionnels transitoires caractérisés par un ralentissement énorme des processus psychiques et comportant, eux aussi, une diminution marquée de la capacité perceptive : il convient, pour

cela, de choisir une série numérique assez bien connue du malade pour qu'il soit capable de la répéter immédiatement après audition et d'insérer, entre cette même audition et la reproduction qu'on lui demande, un intervalle plus ou moins durable. Le « ralenti » supportera l'épreuve avec assez de bonheur; au déchu, le moindre intervalle suffira pour que sa tâche devienne très difficile.—L'aptitude à la conception des notions générales peut également s'évaluer par des moyens analogues.

Nos expériences ont seulement porté, jusqu'ici, sur les sensations et les images mentales, en soi; leur action réciproque appelle aussi l'examen. Celle-ci se révèle, d'abord, à nous par l'attention avec ses caractères de *déviabilité* et d'*élasticité*, variables du valide à l'aliéné et d'un type morbide à un autre. A l'attention se rattache la faculté de reconnaissance, comme à celle-ci l'association des idées, à étudier, dans sa rapidité aussi bien que dans sa teneur, par des méthodes convenables. La mesure de cette rapidité peut s'obtenir avec une simple montre, dans les cas de troubles accentués; les perturbations légères nécessitent le chronoscope ou le chronographe: on énonce un chiffre simple ou l'on présente au patient un objet connu, en lui ordonnant d'exprimer tout haut la première expression mentale consécutive surgie dans son esprit; le temps écoulé entre l'excitation cérébrale et la réponse donne approximativement le résultat cherché. La nature ou teneur de l'association idéative se vérifie à peu près de même: énonciation d'un mot provoquant une réponse. Cette teneur est des plus variées d'aspect, selon les différentes psychoses. Dans la même séance, un cerveau normal réagit rarement de la même façon, sous une excitation identique; l'épuisement modifie déjà très sensiblement cette particularité; aussi, ne la rencontrera-t-on plus guère dans les folies reconnaissant cette cause; ici, nous observerons, au contraire, une réaction persistante, monotone, également relevable, du reste, dans certains cas de folie juvénile dont elle présage l'incurabilité. Ce symptôme signale encore, fréquemment, la débilité intellectuelle acquise ou native.

Le type des « liaisons d'idées morbides » n'offre qu'une signification et un intérêt relatifs, les conceptions mégalomaniaques, hypocondriaques, persécutives, s'observant à peu près dans toute sorte de phrénopathies et seulement à titre d'épiphénomènes. Plus important serait à déterminer le *modus oriundi* du concept délirant: est-il aigu ou chronique, indépendant ou non de troubles émotifs ou d'erreurs sensorielles? —

L'examen de la rectitude dans l'association des idées non déli-
rantes est, par contre, d'une signification essentielle ; on y pro-
cède au moyen de petits problèmes élémentaires soumis au
sujet, avec évaluation du temps employé à les résoudre, ou,
encore, à l'aide de la méthode, dite cursive, de Kræpelin.

L'étude expérimentale des sentiments ou vibrations psychi-
ques dans leurs rapports avec les sensations ou l'idéation n'est
encore qu'à ses débuts. Les résultats les plus disparates ont,
d'ailleurs, été fournis par les différentes psychoses. Dans la
paralysie générale, les perturbations de cet ordre sont fréquen-
tes et hâtives, notamment celles ayant trait à la notion de dou-
leur, à l'appréciation des formes et des sons, à la gustation, à
l'olfaction ; dans le domaine moral, le bouleversement n'est pas
moindre. Le maniaque perçoit correctement les vibrations
psychiques simples liées à une sensation, la douleur par
exemple ; mais, l'animation désordonnée due à son mal altère
l'ébranlement des images mentales et voile le sentiment pénible
résultant des impressions reçues : un tel malade parlera volon-
tiers de « divine odontalgie » ; au cours d'une opération, il
grimacera comme un normal, tandis que de sa bouche coule-
ront à torrents les saillies les plus enjouées. Inversement, le
mélancolique saisira l'harmonie musicale, le parfum des fleurs ;
mais sa tristesse malade couvrira complètement de sa teinte
sombre ces impressions agréables.

Enfin, à la psychologie expérimentale est réservée l'étude
des expressions motrices démonstratives des perturbations
pathologiques survenues dans les sentiments, les idées et les
sensations. A cet effet, on détermine, d'abord, chez les malades,
le temps de réaction, c'est-à-dire la rapidité du mouvement
provoqué le plus simple possible. La compression d'une touche
détermine un bruit, à l'audition duquel le sujet doit, aussitôt,
comprimer une autre touche ; le laps écoulé entre ces deux actes,
qui comprend le bruit, l'excitation sensorielle et son expression
motrice, n'est autre que le temps de réaction ; celui-ci est loin
d'être sanf, chez le paralytique à ses débuts ; mais, plus atteinte
encore est la réaction de discernement ou d'option, qui se
mesure en ordonnant au malade d'abaisser une touche à un
mot déterminé et de l'abandonner à un autre. L'hésitation, le
défaut et surtout la faible habileté pratique dans les réactions
de discernement constituent un des symptômes les plus hâtifs
et les plus nets de la démence paralytique, le plus propre à
jeter sur la nature de l'affection une clarté profonde. — Les

expressions mimiques, réclament, aussi, une soigneuse analyse, depuis les gestes de la main et le sourire des lèvres jusqu'à ces modifications circulatoires bien autrement ténues qui parcourent nos vaisseaux dans la plupart des émotions.

Cette rapide énumération montre quel riche domaine la psychologie expérimentale peut trouver dans la psychiatrie clinique et de quel secours celle-là peut être à celle-ci. La méthode reste la même, dans tous ces cas et dans ceux où nous sommes habitués à la mettre en œuvre, sous les noms de percussion, mensuration, auscultation, etc.; les moyens seuls diffèrent, au gré des besoins.

E. NICOULAU.

Essai sur l'hémiplégie des vieillards. Les lacunes de désintégration cérébrale; par le D^r Jean Ferrand, ancien interne des hôpitaux. Br. in-8°. Paris, Jules Roussel, édit. 1902.

« Il semble qu'il soit assez facile de se représenter ce que peut être anatomiquement une *lacune de désintégration cérébrale* : c'est évidemment une perte de substance qui détermine une cavité plus ou moins volumineuse dans le cerveau. »

D'autre part, « nous avons tous observé des vieillards qui marchent péniblement, qui se plaignent d'avoir été paralysés, mais qui ne le sont plus à proprement parler. Quand on parle d'eux dans le monde on dit couramment : Un tel a eu une petite attaque : il paraît qu'il a été paralysé, mais il va mieux ».

Telle est, d'après M. J. Ferrand, la *lacune*; tel, cliniquement, le *lacunaire*. Et de ces deux propositions, qu'il a inscrites en première page de son travail, M. Ferrand va s'efforcer, à l'aide des nombreux documents qu'il a pu mettre en œuvre dans le service de M. Pierre Marie, à Bicêtre, d'établir le bien-fondé, de démontrer l'exactitude et de justifier le rapprochement.

L'étude anatomique des lacunes est à la portée de chacun : encore y faut-il quelque précaution. Voici la technique que M. Ferrand a suivie et qu'il conseille : injection préalable de formol dans la cavité crânienne, durcissement pendant quelques jours dans un mélange liquide de Muller-formol, coupe de

Flechsigsig, — mieux de Pierre Marie, — sans décortiquer les méninges.

Le seul examen à l'œil nu montre alors que les lacunes siègent de préférence dans les noyaux gris centraux, puis dans le centre ovale, dans le corps calleux, enfin dans la protubérance; qu'elles sont le plus souvent multiples, sans disposition régulière ni symétrique; qu'elles varient du volume d'un grain de chènevis à celui d'un haricot; qu'elles n'affectent aucune forme géométrique déterminée, mais que leurs parois présentent d'ordinaire de nombreuses anfractuosités; qu'elles renferment enfin dans leur cavité un liquide louche ou un magma jaunâtre, et, toujours, au centre, un vaisseau.

Les méthodes histologiques usuelles permettent de distinguer dans l'évolution des lacunes plusieurs phases.

Au début, il s'agit d'une simple raréfaction du tissu cérébral autour d'une artériole, sans solution de continuité ni rupture d'éléments fibrillaires.

Un second degré est caractérisé surtout par ce fait qu'il est facile de discerner un espace libre entre l'artère centrale de la lacune et le tissu cérébral. A cette « période d'état », une coupe pratiquée au niveau d'une lacune se présente sous l'aspect et avec les caractères suivants : au centre, un vaisseau, à tuniques épaissies, scléreuses, néanmoins toujours perméable; sur les bords, irréguliers, déchiquetés, un tissu cérébral altéré, dont les cellules nerveuses ont disparu et sont remplacées entre les mailles de névroglie par une infiltration embryonnaire; dans la cavité intermédiaire enfin, des éléments sanguins (leucocytes chargés de myéline, hématies, pigment).

Le troisième stade, — terminal, — de la lacune est variable : ou bien un processus de sclérose névroglie comble la cavité en laissant dans le parenchyme cérébral une cicatrice, difficile à déceler plus tard; ou bien, la désintégration s'accroissant, les vaisseaux non soutenus se rompent et ce serait là, peut-être, d'après M. Ferrand, l'une des causes, — et non la moins fréquente, — de l'hémiplégie cérébrale mortelle.

En clinique, ces lésions se traduisent par des phénomènes qui se succèdent dans un ordre et avec des caractères bien particuliers.

C'est un ictus qui, dans la règle, ouvre la scène : « Un vieillard se sent fatigué, somnolent, il souffre d'une céphalée plus ou moins vive, quelques vomissements l'ont même obligé à ménager ses forces. Brusquement ses jambes fléchissent et

« il tombe sur le sol, s'affaissant du côté qui vient de se paralyser tout à coup. *Aussitôt il essaie de se relever, car il n'a pas perdu connaissance.* C'est là le fait capital de l'ictus « produit par la lacune. » Plus rarement, l'hémiplégie s'installe pendant le sommeil, sans que le malade s'en aperçoive. Dans l'un et l'autre cas, cette hémiplégie se présente avec ce triple caractère d'être : partielle, incomplète, transitoire ; elle se complique parfois d'aphasie, plus souvent de dysarthrie ; jamais elle ne s'accompagne de troubles sensitifs et ainsi s'explique sans doute la conservation du sens stéréognostique que M. Ferrand a toujours observée chez ses malades.

Rapidement, — quelques heures, quelques minutes y suffisent, — tous ces symptômes s'amendent, puis disparaissent, et, « au bout de quelques jours, le malade ne garde plus que le souvenir de son attaque ». Pour l'observateur attentif cependant, « il conserve physiquement et intellectuellement des traces manifestes du choc violent qu'il a subi et il entre, dès ce moment et progressivement, dans la période la plus longue et la plus caractéristique de son affection ». Le symptôme prédominant est alors la *marche* du lacunaire : à la différence de l'hémiplégique vulgaire qui « fauche », le lacunaire, comme le pseudo-bulbaire ou le parkinsonnien, « marche à petits pas », (P. Marie). « S'il n'avance pas très vite, il avance du moins sûrement, sans défaillance, et bien avisé celui qui, en le voyant passer, pourrait dire de quel côté ce vieillard a été hémiplégique. » Seul un examen minutieux révèle un léger degré de parésie dans l'une des moitiés du corps, une habileté moindre de la main et des doigts. D'ailleurs aucune altération de la sensibilité, tactile, douloureuse, thermique ; souvent, exagération des réflexes tendineux, sans contracture ; enfin, presque constamment, troubles psychiques, affaiblissement de la mémoire et de l'intelligence. Le lacunaire, après l'ictus, reste « boiteux du cerveau. »

De longues années durant, il peut vivre en cet état ; il peut même guérir complètement, s'il n'est enlevé par une maladie intercurrente. Plus souvent, après des ictus répétés, entraînant parfois à leur suite une hémiplégie double, il s'éteint dans le gâtisme ou succombe du fait d'une hémorragie cérébrale foudroyante.

Or, bien loin d'être exceptionnel, ce tableau clinique, dont M. Ferrand vient de rappeler les traits principaux, se retrouve avec une « extrême fréquence » dans les hospices de vieil-

lards et l'on pourrait établir approximativement pour la pathogénie des hémiplegies de cause organique, passé cinquante-cinq ans, le pourcentage suivant : ramollissement, 10 ; hémorragie, 15 ; lacunes, 75.

Ce dernier chiffre paraîtra exagéré : on se convaincra de son exactitude le jour où l'on distinguera mieux au lit du malade l'état lacunaire des autres états apoplectiformes (hémorragie, ramollissement, paralysie pseudo-bulbaire), sur la table d'autopsie, la lacune des autres lésions cavitaires (porose cérébrale, état criblé de Durand-Fardel).

Pour n'être plus rare, l'entreprise reste hardie qui se propose d'enrichir la nosographie neuropathologique d'une entité nouvelle ; et les objections se présentent d'elles-mêmes qu'on est en droit d'opposer à toute tentative de ce genre. M. Ferrand, évidemment, s'en rend compte : il prévoit la critique, il s'efforce d'y répondre.

« On peut être surpris au premier abord, déclare-t-il dès son Introduction, par le grand nombre d'observations (97) que nous avons pu réunir sur la question... » et l'on se demandera « comment nous avons pu trouver tant d'hémiplegiques morts de lacunes, alors qu'il paraît invraisemblable que cette affection, si elle est aussi fréquente que nous l'affirmons, ait passé inaperçue dans les services hospitaliers où les malades sont le mieux suivis et les autopsies faites avec le plus grand soin. »

C'est, — en premier lieu, — que, « dans les services hospitaliers, les hémiplegiques sont de suite relégués au rang de chroniques, c'est-à-dire qu'on ne les examine que rarement sans chercher la nature ou la cause de leur paralysie, et l'on fait les plus grands efforts pour les diriger sur les asiles de vieillards ». A Bicêtre, au contraire, où ils se trouvent par là même en nombre, toutes les observations sont prises, toutes les autopsies sont faites systématiquement et avec soin.

Que si, d'autre part, personne jusqu'à M. Pierre Marie n'a su mettre en relief cette forme clinique et anatomique bien spéciale, ce n'est pas à dire que les lacunes, voire les lacunaires, aient échappé totalement à l'observation : à preuve les travaux de Durand-Fardel, de Proust, de Laborde, de Raymond, et, depuis la communication, qui fait date, de M. P. Marie, au Congrès international de 1900, d'autres mémoires ont paru d'où l'on peut inférer qu'il était seulement nécessaire, pour qu'ils se multiplient, d'attirer l'attention sur ces faits.

Seconde objection qu'on ne manquera pas de produire : pourquoi ces lacunes ne seraient-elles pas simplement une lésion banale ou artificielle, résultat de manipulations brutales ou d'erreurs de technique? Mais toutes les précautions ont été prises : faut-il les énumérer à nouveau : formolage immédiat, extraction de l'encéphale en deux temps, décortication après durcissement, etc...? Qu'on veuille bien se reporter aux planches (au nombre de VIII), qui ornent l'ouvrage : l'on y verra, sur les préparations traitées par la méthode de Marchi, « les « parois artérielles bourrées de corps granuleux et le paren- « chyme cérébral lui-même infiltré par ces mêmes corps granu- « leux d'autant plus nombreux qu'ils sont plus rapprochés de « la cavité lacunaire et portant avec eux dans l'épaisseur des « tissus le processus de désintégration ». Connaît-on une lésion *post-mortem*, déterminée artificiellement, qui donne lieu à une diapédèse, à une infiltration de globules blancs se chargeant de myéline et se colorant en noir par la méthode osmiochromique?

La lacune est donc bien une lésion anatomique ; mais, dirait-on encore, cette lésion est-elle suffisante pour se révéler cliniquement? Et, pour interpréter les faits qu'on nous décrit, ne peut-on, à plus juste titre, incriminer d'autres facteurs, — l'œdème cérébral, par exemple, — qui accompagnent si souvent le ramollissement et l'hémorragie? A cette hypothèse due à M. Raymond, la réponse est aisée : dans un grand nombre de cas, la lacune était l'unique lésion, l'hémiplégie le seul symptôme. Est-il logique dès lors de supposer l'existence d'un œdème cérébral, étendu, généralisé, quand on se trouve en présence d'une lésion circonscrite, localisée, qui, topographiquement, explique tout?

On admettra donc, si l'on en croit M. Ferrand, le « rôle pathologique » de la lacune, comme on aura déjà admis avec lui son existence anatomique, pour ne discuter plus dorénavant que de sa nature et de sa pathogénie. Hémorragie, ramollissement, encéphalite, auquel de ces divers processus faut-il rattacher la lacune? Quel rôle attribuer dans sa genèse à la lésion des gaines lymphatiques péri-vasculaires ou de la paroi même des vaisseaux? Telles sont les questions qui restent ouvertes et qui appellent de nouvelles recherches. D'ores et déjà M. Ferrand émet l'opinion que « les lacunes sont produites par l'artériosclérose des petits vaisseaux, d'où résulte secondairement une encéphalite chronique », et il leur assignerait volontiers une

place dans le cadre nosologique, loin des hémorragies, en dehors du ramollissement, à côté des encéphalites chroniques infantiles, dans un paragraphe que l'on pourrait intituler : « Encéphalites chroniques sclérosiques du vieillard. » Mais, pour l'instant, son seul but, — et il espère l'avoir atteint, — était de démontrer « que les lacunes constituent une entité clinique bien à part, qu'elles forment une lésion anatomique qu'il est impossible de ne pas reconnaître ou de confondre ».

GEORGES VERNET.

L'internement des aliénés criminels ; par le D^r J.-G. Alombert-Goget, médecin-adjoint à l'asile de Bron. *Thèse de doctorat en droit*. Grenoble, 1902, 207 p.

Si jamais question d'aliénation mentale a fait couler des flots d'encre, en ce dernier demi-siècle, c'est bien celle des aliénés criminels. Je n'en veux pour preuve que la riche bibliographie soigneusement collationnée à la fin de son travail, par l'auteur que nous étudions ici, bibliographie dans laquelle pourtant le professeur Naecke, qui a déjà rendu compte de l'œuvre en termes des plus élogieux, relève encore des lacunes quant à la littérature allemande. Il fallait donc un certain courage pour essayer de trouver des choses nouvelles en marchant dans des sentiers aussi rebattus. Cependant M. le D^r Alombert n'a pas hésité à s'y risquer parce qu'il avait conscience sinon de rencontrer des paysages inexplorés, du moins de les scruter avec un instrument peu commun, une sorte de jumelle donnant, par une branche, une image médicale et par l'autre, une image juridique, permettant ainsi, dans une synthèse heureuse, une étude d'un relief stéréoscopique saisissant. Médecin-adjoint de l'asile de Bron, bien placé par conséquent pour voir de près les vices et sentir les inconvénients de la législation actuelle, ayant passé en outre dans d'autres asiles ; mis à même, d'autre part, en raison de ses fortes études juridiques à la Faculté de droit de Grenoble, d'apprécier les convenances sociales de mesures législatives nouvelles et de les accommoder avec les exigences médicales, parfois plus théoriques que pratiques, il se trouvait de toutes façons qualifié pour mettre la question au point et en indiquer la solution actuelle, et c'est pour cela qu'il l'a prise pour sujet de sa thèse inaugurale de doctorat en droit.

Cependant certains esprits, prenant sans doute pour une

épigramme la phrase d'Hoffbauer dont il avait fait l'épigraphe de sa thèse : « Toute législation devrait être fondée sur la connaissance de l'objet auquel elle s'applique », lui ont reproché d'avoir fait œuvre plutôt médicale que juridique. Le reproche n'est pas fondé le moins du monde (nous y verrions d'ailleurs plutôt un éloge), car la plus grande partie de l'œuvre est consacrée précisément aux développements juridiques. L'état de la question en France fait l'objet, à ce point de vue, des deux premières parties. On y trouvera, après des considérations historiques, partant du droit romain, tout ce qui a été tenté chez nous, depuis le moyen âge, jusqu'au projet Dubief, et de plus, une revue remarquable et complète de la législation étrangère faite, d'une part, d'après les documents législatifs connus et les travaux spéciaux, parmi lesquels il faut rappeler ceux de MM. Vallon et Marie pour la Russie, et, d'autre part, d'après des communications personnelles faites avec une amabilité parfaite, sur questionnaire spécial à eux adressé par l'auteur, par de nombreux confrères étrangers : MM. le professeur Naecke, pour l'Allemagne, le D^r Pilcz, pour l'Autriche-Hongrie, le D^r Lentz, pour la Belgique, le D^r Allison, pour les États-Unis, le D^r Catsaras, pour la Grèce, le D^r Antonini, pour l'Italie, le D^r Sweens, pour les Pays-Bas, le professeur Bernstein, pour la Russie, le D^r Vassitch, pour la Serbie, le D^r Serrigny, pour la Suisse, et le D^r de Castro, pour la Turquie.

C'est dans la troisième partie que se révèle le médecin pour définir l'aliéné criminel, distinguer l'être dangereux au point de vue social de par ses tendances et son incurabilité, à enfermer dans un asile spécial, du malade à soigner dans un asile ordinaire parce que chez lui l'acte criminel n'a été qu'un épisode délirant. C'est avec un remarquable esprit pratique, sans amplifications ni variations philosophiques inutiles sur la responsabilité et le droit de punir, qu'est écrit ce chapitre si difficile et si délicat dans l'état actuel de notre développement social, parce que les esprits ne sont pas encore suffisamment préparés et parce que la science, qui conçoit pourtant déjà nettement les choses à venir, n'est pas encore en mesure de les démontrer aux profanes d'une façon péremptoire.

Quant aux conclusions, elles sont ce qu'elles devaient et pouvaient être à l'heure qu'il est, en tenant même et surtout compte des nécessités budgétaires. M. Alombert demande d'abord, avec tous ceux qui se sont occupés de la question des

aliénés méconnus et condamnés (voir Congrès de Marseille, 1899), l'examen préliminaire de tout inculpé, au point de vue mental, mesure destinée à éviter les grosses erreurs judiciaires, telles que la condamnation ou même la mise en jugement d'un paralytique général, d'un persécuté, d'un épileptique, puis dans les cas douteux, et notamment dans les affaires criminelles, la pose d'une question au jury sur l'état mental de l'accusé, enfin le droit et le devoir pour les cours ou les tribunaux d'ordonner le placement des sujets, reconnus atteints d'aliénation mentale, dans les asiles, et de veiller à leur sortie, le cas échéant, toutes mesures formulées dans le projet Dubief, Section III. Il se rallie à l'idée de la création d'un asile spécial de sûreté, pour les aliénés particulièrement dangereux et ne néglige pas la question des criminels devenus aliénés après condamnation. Aucun de ces points importants n'a été laissé dans l'ombre et il semble bien, après la lecture de cette consciencieuse étude, qu'on en sait actuellement assez pour faire quelque chose d'utile et donner quelque satisfaction à la société, à laquelle le crime, et surtout le crime de sang, tend à apparaître comme un acte rétrograde contre lequel elle peut et doit se défendre par des moyens plus adéquats des progrès de la civilisation que le bagne et le bourreau.

TH. TATY.

L'avvenire della tecnica manicomiale e Serafino Biffi (L'avenir de la technique manicomiale et Serafino Biffi); par le Dr G. Antonini, directeur-médecin de l'Asile provincial de Pavie en Voghera. — Milan, 1900.

La conception moderne du traitement des aliénés diffère de plus en plus des méthodes anciennes; le système de la *porte ouverte* gagne à la fois des partisans et du terrain, et, si l'opinion actuelle admet encore l'isolement du malade, c'est-à-dire son éloignement du milieu et des personnes susceptibles d'influer sur son délire, en revanche, elle repousse, tous les jours davantage, la séquestration proprement dite; en maint pays, les faits ont même répondu à la théorie et des colonies d'aliénés ont été créées, soit totalement indépendantes, comme Gheel, par exemple, soit sous forme d'annexes agricoles à des asiles déjà existants ou, même, comme parties essentielles d'établissements nouveaux: le travail et une liberté relative apparaissant, de

plus en plus, comme les facteurs primordiaux d'un traitement rationnel.

Voici près d'un demi-siècle, alors que l'Italie procédait à la réorganisation de ses « manicomes, en ce temps plus semblables à des prisons qu'à des édifices hospitaliers », Biffi se faisait déjà le champion de l'asile agricole; non point tout à fait tel qu'il l'avait vu en Belgique, mais s'en rapprochant toutefois par certains côtés. Une transition, du reste, lui semblait nécessaire. « Nous ne sommes pas de ceux, dit-il, qui, ravis au spectacle de tant de fous traités par l'affection et la liberté, chez de bons paysans, portent aux nues la colonie de Gheel et proclament que le premier acte de la réforme doit consister dans la suppression de l'Asile. Celui-ci et la colonie doivent marcher parallèlement vers le même but, échangeant de bons offices et se dévouant chacun à la catégorie de malades qui ne saurait convenir à l'autre. » C'était là bien déterminer le problème et sagement prévoir la seule condition favorable au développement de ce mode d'assistance des aliénés en Italie, vu les caractères ethniques et sociaux de l'ambiance : un asile central avec infirmeries, sections d'agités, chambres d'observation, de surveillance, d'examen, etc., nécessaires à la détermination du type morbide, chez les nouveaux venus, et des dangers qu'ils peuvent faire courir; à l'entour, dans la campagne ou quelque village voisin, confiés à l'assistance familiale, mais toujours sous la dépendance des médecins et du directeur de l'établissement, la masse des aliénés chroniques ou aigus qui, même dans le milieu manicomial, ne nécessiteraient ni surveillance rigoureuse ni médication assidue. Cette conception, si voisine, à cinquante ans en arrière, des vues thérapeutiques actuelles, fait de Serafino Biffi une sorte de précurseur : pour lui, en effet, « le but des colonies agricoles n'est pas de constituer un dépôt d'incurables ou d'inoffensifs, mais d'ouvrir un établissement approprié à certaines catégories d'aliénés curables ou non ». Naturellement, à ses yeux, le directeur d'une semblable institution ne saurait être qu'un médecin. Celui-ci, d'ailleurs, n'aura pas à user beaucoup de remèdes, après, surtout, la période d'observation subie par chaque malade dans les locaux appropriés. Une fois devenu « colon », celui-ci sera plutôt soumis à des règles d'hygiène capables d'améliorer son état général et placé dans un milieu susceptible de modifier favorablement la direction de ses pensées. Ici encore interviendra, dans toute sa bienfaisante énergie, le traitement moral, fait essentiellement

de tact, de bonté, de patience infinie. S. Biffi, dans son optimisme généreux, considérait les familles de la colonie comme très aptes à mettre en œuvre ce traitement philosophique; peut-être, au dire même de son panégyriste, jugeait-il un peu trop le prochain d'après lui-même.

Les idées du réformateur n'ont pas été, en Italie, l'objet d'une application intégrale: quelques asiles se sont augmentés d'annexes agricoles où ils ont envoyé leurs malades chroniques; d'autres ont placé leurs clients dans des familles voisines auxquelles ils paient une capitation journalière; la plupart ont traité avec les proches des aliénés et, de la sorte, ont malheureusement abandonné ceux-ci dans le milieu même où est né leur délire.

E. NICOULAU.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Hospitals for the neuropathic and psychopathic. Chairman's adress delivred before the section of nervous and mental diseases, at the fifty-third annual meeting of the American medical association, at Saratoga Springs, N. Y., june 10-13, 1902; par le D^r Richard Dewey. 14 pages in-8°. Extrait du *Journal of the American medical Association*, septembre 1902.

— Dementia præcox. A contribution to the study of hebephrenia; par le D^r Christian. Abrégé par les D^{rs} Rush Dunton et Clarence B. Farrar. 27 pages in-8°. Extrait de l'*American journal of insanity*, 1901, n° 2.

— Beiträge zur Lehre von den Geschlechts-Unterschieden. Heft I. Geschlecht und Krankheit; par le D^r J. Möbius, de Leipzig. 39 pages in-8°. Halle a. d. S., Carl Marthold, 1903.

— La paralysie générale d'après les données de la clinique psychiatrique de l'Université de Moscou; par les D^{rs} Serge Soukhanoff et Pierre Gaunouchkine. 14 pages in-8°. Extrait des *Archives de neurologie*, 1902, n° 81.

— La logique morbide. Tome I. L'analyse mentale; par N. Vaschide et Cl. Vurpas. Préface par Th. Ribot, membre de l'Institut. 1 vol. in-18 de xviii-268 pages. Société d'Éditions scientifiques et littéraires, 1903.

— Contribution à l'étude de la maladie de Korsakoff. Un cas de polynévrite avec psychose polynévritique post-typhoïdique; par le D^r Serge Soukhanoff. 7 pages in-8°. Extrait du *Journal de neurologie*, 1902, n° 7.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts : M. le D^r DOUTREBENTE est nommé officier de l'Instruction publique.

— *Arrêtés de février et de mars 1903* : M. le D^r PELLISIER, médecin-adjoint de l'asile de Marseille, est promu à la 1^{re} classe de son grade (3.000 francs) ;

M. le D^r VIGOUROUX, médecin en chef de l'asile de Vaucluse (Seine-et-Oise), est promu à la 2^e classe de son grade (6.000 fr.) ;

M. le D^r BLIN, médecin en chef de l'asile de Vaucluse, est promu à la première classe de son grade (7.000 fr.).

NÉCROLOGIE

D^r V. LABORDE. — Nous avons le profond chagrin d'annoncer la mort de notre excellent collègue et ami, le D^r Laborde, décédé le 6 avril dernier, dans sa soixante-treizième année. Avec lui disparaît un des hommes qui ont le plus honoré notre profession, une de ces figures originales et sympathiques vers lesquelles on se sent attiré et qui savent vous retenir.

Laborde est connu surtout par d'importants travaux sur la physiologie et la médecine expérimentales qui lui ont acquis une juste notoriété. Parmi la foule de ses publications faites dans cette double direction, il en est un certain nombre qui intéressent tout particulièrement le médecin aliéniste ; nous voulons parler de ses intéressantes recherches expérimentales sur la physiologie du bulbe rachidien et de la moelle épinière, sur les fonctions du cerveau, sur l'action physiologique et thérapeutique du bromure de potassium, etc. Mais notre regretté confrère se rattachait d'une façon plus intime à notre spécialité par ses travaux sur la pathologie nerveuse et mentale et, aussi, par ses fonctions de médecin-inspecteur des maisons de santé privées qu'il exerça pendant de nombreuses années avec une réelle compétence et un rare dévouement.

Interne des hôpitaux de la promotion de 1858, il passa deux années à l'hospice de Bicêtre, pendant lesquelles il réunit les nombreux matériaux de son *étude clinique et pathogénique sur le ramollissement et la congestion du cerveau principalement*

considérés chez le vieillard. Ce savant ouvrage, publié en 1866, est dédié au professeur Rostan et au D^r Potain. Il n'a rien perdu de son intérêt et mérite encore d'être consulté.

Plus tard, en 1872, il fit paraître, sous forme de lettres à son maître, le D^r Moreau (de Tours), une étude sur *les hommes et les actes de l'insurrection de Paris devant la psychologie morbide*, travail écrit sous le coup de l'indignation, peut-être un peu hâtif, mais qui n'en contient pas moins une foule de renseignements curieux et instructifs.

Rappelons, enfin, sa *Biographie psychologique de Léon Gambetta*. Ce volume contient, outre une histoire authentique de la maladie et de la mort de l'illustre orateur, une analyse très suggestive de son genre oratoire et, ce qui intéresse tout spécialement le biologiste, le compte rendu détaillé de l'autopsie de son cerveau, qui constitue une des preuves les plus démonstratives de la localisation de l'organe de la parole.

Laborde dirigea, pendant près de trente ans, la *Tribune médicale*, avec un rare esprit d'indépendance, avec une autorité et une connaissance approfondie des questions qu'il traitait. C'est qu'il considérait le journalisme médical, non comme un moyen de parvenir, mais comme une fonction qui comporte des devoirs, et ces devoirs il les remplissait avec un zèle, une probité, un souci de la dignité médicale que tous, même ses adversaires, se plaisaient à reconnaître.

Très soucieux des intérêts moraux et matériels de notre pays, il s'était jeté avec une vigueur et une fougue sans égales dans la lutte contre l'alcoolisme. On sait le rôle qu'il joua dans la mémorable discussion sur la prohibition des boissons à essence qui eut lieu récemment à l'Académie de médecine; on peut dire qu'il y dépensa « les restes d'une voix qui tombe et d'une ardeur qui s'éteint ». Quelques semaines après, le vaillant combattant succombait, sa tâche non entièrement terminée, mais avec la conviction de n'avoir pas lutté en vain.

Laborde avait une foi inébranlable au progrès de la science et en la grandeur de son pays. A ce double idéal, il consacra sa longue et laborieuse existence; en le rappelant, nous croyons rendre à sa mémoire le plus bel hommage, et, aussi, le plus justement mérité. — A. R.

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans sa séance du 10 mars 1903, l'Académie de médecine a reçu communication de la liste des mémoires et ouvrages envoyés pour le concours des prix à décerner à la fin de cette année; elle a procédé, dans la même séance, à la nomination

des commissions de ces prix. Voici les renseignements relatifs à la médecine mentale et nerveuse, :

PRIX CIVRIEUX. — Question : *Des troubles cérébraux dans la sclérose en plaques.*

N° 1. Devise : *Fac et spera.*

Commission : MM. Laborde, Magnau, Raymond.

PRIX CLARENS. — N° 4. L'alcoolisme dans la vallée d'Auge, par M. Robert Radulphe, vétérinaire à Lisieux.

N° 7. Les enfants alcooliques : causes et effets de l'alcoolisme dans la première jeunesse, par M. le D^r Rodiet, médecin-adjoint de l'asile public de Montdevergues (Vaucluse).

Commission : MM. Proust, Vallin, Kermorgant.

PRIX HERPIN (DE GENÈVE). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

N° 1. Les tics et leur traitement, par les D^{rs} H. Meige et E. Feindel, de Paris.

N° 2. Essai sur la systématisation des nerfs périphériques; application à l'étude des paralysies de quelques-uns de ces nerfs, par M. le D^r Ch. Viannay, de Lyon.

N° 3. Pathologie générale de la cellule nerveuse, par M. le D^r Lucien Lagriffe, de Toulouse.

N° 4. Insuffisance thyroïdienne et parathyroïdienne (à début dans le jeune âge); étude expérimentale et clinique, par M. le D^r P. Jeandelize, de Nancy.

N° 5. Etudes sur la syringomyélie, par M. le D^r Hauser, de Paris.

N° 6. Les migraines et leurs rapports avec les états épileptiques et délirants. — Devise : *Le titre du travail.*

N° 7. Les stigmates obstétricaux de la dégénérescence, par MM. les D^{rs} René et Henri Larger, de Maisons-Laffite.

Commission : MM. Hayem, Raymond, Joffroy.

PRIX HENRI LORQUET. — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur les maladies mentales.

N° 1. L'analyse mentale, par MM. les D^{rs} N. Vasside, de Paris, et Cl. Vurpas, interne des asiles de la Seine.

N° 2. La démence précoce, par MM. les D^{rs} G. Deny, médecin de la Salpêtrière, et Roy, interne des hôpitaux de Paris.

N° 3. Etude clinique sur les idées hypochondriaques, des négations, par M. le D^r Castin, médecin-adjoint de l'asile de Montdevergues (Vaucluse).

Commission : MM. Magnan, Richer, Raymond.

PRIX ADOLPHE MOMBINNE. — N° 5. Demande de subvention en vue d'une mission à l'effet d'examiner dans les prisons

et les maisons de correction le nombre de détenus et d'enfants aliénés qu'elles renferment, par MM. les D^{rs} Pactet et H. Colin, médecin en chef de l'asile de Villejuif.

Commission : MM. Kelsch, Mégnin, Reclus,

Prix Vernois. — N° 14. L'alcoolisme, par M. Pépin, de Dinan.

N° 22. Les bouilleurs de cru, privilège, fraude, alcoolisation, par MM. les D^{rs} André et Léon Antheaume, de Paris.

Commission : MM. Colin, Monod (H.), Chantemesse.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*).

32. *Aliéné migrateur*. — On lit dans le *Matin* (numéro du mardi 27 janvier 1903) :

Un agent de service hier matin rue d'Allemagne, au rond-point de la Villette, était abordé par un homme couvert de poussière portant un havresac en bandoulière et tenant à la main un solide gourdin.

— Gendarme, dit l'inconnu au gardien de la paix, stupéfait indiquez-moi l'adresse de M. Loubet. Je suis venu à Paris pour le prier de me confier le portefeuille du ministère des finances. D'un coup de mon bâton, je change en flots d'or l'eau des rivières et des fleuves. Dans quelques jours, la France sera le pays le plus riche du monde...

L'agent conduisit le malheureux déséquilibré au commissariat de M. Ducrocq. Les papiers trouvés sur lui permirent d'établir son identité : c'est un nommé Dominique Creusot, âgé de soixante ans, cultivateur, habitant Chavelot, près d'Epinal (Vosges).

Frappé de folie subite, le malheureux était parti il y a huit jours de son domicile et avait fait à pied le trajet de Chavelot à Paris.

Il a été envoyé à l'infirmerie spéciale, et M. Ducrocq a fait prévenir sa famille.

33. *Suicide*. — On lit dans le *Matin* (numéro du mercredi 28 janvier 1903) :

Un jeune homme de vingt-deux ans, M. Eugène Birvet, dont les parents sont concierges, 13, Faubourg Poissonnière, s'est suicidé hier matin en se jetant sous un train, en gare d'Asnières. Le corps du malheureux a été horriblement mutilé.

M. Eugène Birvet avait quitté son domicile comme de coutume à sept heures du matin. En partant, il avait embrassé sa mère en lui disant : « A tantôt. » Il semblait fort gai.

Les parents du malheureux jeune homme sont persuadés que leur fils s'est donné la mort dans un accès de folie.

34. *Tentatives d'homicide et suicide*. — On télégraphie de

Lille à *Paris-Nouvelles* (numéro du mercredi 28 janvier 1903) :

Un drame terrible vient de se dérouler à Bachy, petite localité située à une trentaine de kilomètres de Lille.

Dans un accès de fièvre chaude, un fermier, Joachim Carpentier, âgé de soixante-cinq ans, a frappé de deux coups de couteau son frère et sa sœur qui habitent avec lui. Le meurtrier s'est ensuite pendu.

L'état du frère n'est pas grave, mais celui de la sœur inspire de vives inquiétudes.

35. *Suicide*. — M^{me} Vavasseur, propriétaire, rue des Carrières, à Mamers, qui depuis longtemps donnait des signes d'aliénation mentale, a été trouvée pendue à la porte de sa cave.

Elle était âgée de soixante-trois ans. (*Paris-Nouvelles*, numéro du mercredi 28 janvier 1903.)

36. *Suicide*. — On lit dans le *Matin* (numéro du samedi 31 janvier 1903) :

D'aucuns aiment les fruits, d'autres les friandises; Arthur Ternier, lui, préférait les vieilles ferrailles. Ce goût funeste devait lui coûter la vie.

Arthur Ternier était ébéniste, mais depuis quelque temps il négligeait totalement son métier et passait ses journées à ramasser tous les boulons, les clous, les débris de fer qu'il rencontrait en route.

Au bout de quelques mois son logis, situé rue de Reuilly, était littéralement comblé par ses trouvailles. Il en résultait, lorsqu'il évoluait dans sa chambre, un bruit épouvantable de fer heurté. Les voisins protestèrent. Le propriétaire se fâcha et menaça son locataire de l'expulser s'il ne se débarrassait de son encombrant butin.

Le chagrin d'Arthur Ternier fut profond.

— Ah! vous voulez me prendre mon trésor, s'écria-t-il; eh bien, vous n'y réussirez pas.

— Vous serez expulsé.

— C'est ce que nous verrons!

L'ébéniste s'enferma chez lui.

Une heure après, le propriétaire, voulant s'assurer si son locataire persistait dans sa décision, pénétra dans son logement.

Au milieu de la pièce, affalé sur un tas de boulons, Arthur Ternier, la figure violacée, râlait.

Au mur, un écriteau était suspendu, sur lequel on pouvait lire :

« Je suis le Chancelier de fer; ouvrez mon corps et vous saurez mon secret. »

Le pauvre fou venait d'avaler un nombre considérable de vieux boulons. Malgré tous les soins dont on l'entoura, il rendit l'âme.

M. Brunet, commissaire de police, a ouvert une enquête.

37. *Tentative de suicide*. — On lit dans le *Français* (numéro du jeudi 5 février 1903) :

Un employé de la Compagnie des chemins de fer de l'Ouest, Eugène Guénaud, âgé de trente-six ans, demeurant boulevard Victor-Hugo, à Clichy, avait dû interrompre son service, par suite d'une maladie nerveuse dont il était atteint.

Le caractère du malheureux employé s'était assombri au point de donner de vives inquiétudes à sa famille.

Des précautions étaient prises pour que Guénaud ne se trouvât jamais seul, car il avait, à diverses reprises, manifesté l'intention de se suicider.

Hier matin, sa femme s'étant un instant absentée, Guénaud s'empara d'une longue broche de rôtisseur restée dans la cuisine, la dressa contre le mur et se jeta dessus.

La tige acérée lui perfora les intestins en plusieurs endroits, atteignit le foie et vint ressortir par le côté droit.

Quand M^{me} Guénaud revint chez elle, la pauvre femme trouva son mari étendu à terre, dans une mare de sang, respirant encore faiblement.

Un médecin, appelé auprès du désespéré, ordonna son transfert immédiat à l'hôpital Beaujon. On ne conserve aucun espoir de sauver Guénaud.

38. *Tentative de suicide*. — On lit dans le *Temps* (numéro du vendredi 6 février 1903) :

Une scène dramatique s'est produite hier au Reichstag. Dans un accès de folie, un député, M. Agster, a tenté de se tuer d'un coup de revolver. Il avait écrit à son propriétaire et à plusieurs députés qu'il se tuerait le 4 février au Parlement.

Il a exécuté sa tentative avant qu'il fût possible de prendre des mesures pour l'en empêcher. Il n'était pas blessé, car il avait lui-même enlevé au préalable la balle de la cartouche.

Depuis longtemps Agster passait pour fou; il avait certainement des périodes d'aliénation, où il se croyait et disait être le roi de Wurtemberg. Il était né en 1858 et représentait au Reichstag la circonscription de Pforzheim (Grand-duché de Bade).

39. *Suicide*. — Un major de l'armée anglaise, sir A. Johnson, âgé de quarante-quatre ans, venu à Bruxelles passer un congé de maladie, s'est suicidé ce matin, au Grand-Hôtel, boulevard Anspach, dans un accès de fièvre chaude. Il s'est précipité d'une fenêtre du premier étage de l'hôtel donnant sur le boulevard, et sa chute sur les dalles de pierre a produit des effets horribles, une jambe brisée et le crâne ouvert. Il est mort une heure après. Le major Johnson était de retour des Indes où il avait probablement contracté le germe de la folie qui,

brusquement, s'est déclarée chez lui. La direction de l'hôtel ayant constaté des signes d'aliénation mentale avait télégraphié hier à sa famille. Un parent devait venir le chercher. Il arrivera seulement pour décider de l'enterrement. (*Le Temps*, numéro du mardi 10 février 1903.)

40. *Suicide d'un alcoolique.* — On lit dans le *Matin* (numéro du samedi 13 février 1903) :

Alcoolique invétéré à dix-huit ans, Adolphe Chenevière entraînait, il y a quelque temps, à l'hôpital Bichat pour y suivre un traitement spécial. Il en sortait hier matin après avoir promis de ne plus boire. Mais on sait ce que vaut un serment d'ivrogne. Chenevière n'eut pas plus tôt franchi les grilles de l'hôpital qu'il entraînait dans un débit de vin et y buvait coup sur coup quatre absinthes.

Il se rendit ensuite rue Jouffroy, chez sa mère qui, le voyant déjà à moitié ivre, l'accueillit par des reproches. L'alcoolique lui répondit par des menaces et, après avoir mis le logement à sac, il s'enferma dans la cuisine et se tira deux coups de revolver dans la tête.

41. *Tentative d'homicide.* — On lit dans le *Temps* (numéro du samedi 13 février 1903) :

Pendant la séance tenue hier par le Conseil municipal de Nancy, un nommé Kœhly, qui avait déjà été arrêté pour avoir tué son père et qui, après avoir été mis dans un asile d'aliénés, avait été remis en liberté, a tiré deux coups de revolver sur un agent sans aucun motif.

La balle s'est heureusement amortie dans les vêtements de l'agent qui a, toutefois, une légère contusion au ventre.

42. *Mort tragique d'une aliénée.* — On télégraphie d'Auch à l'Agence Paris-Nouvelles, le vendredi 20 février 1903 :

« Un ouvrier journalier, nommé Dubédât, habitant le hameau de Bouit, près Nogaro, est retenu loin de sa maison par son travail ; il ne rentre chez lui qu'une fois par semaine.

« Hier soir, un horrible spectacle l'y attendait. Il trouva sa femme entièrement carbonisée et la mort remontait à trois jours. Personne, parmi les voisins, ne s'était étonné de ne plus voir M^{me} Dubédât.

« La malheureuse ne jouissait pas de la plénitude de ses facultés mentales.

« Un voisin l'avait reconduite chez elle, avait allumé du feu dans la cheminée et l'avait laissée seule.

« On n'a pas entendu un cri ; on n'a pas aperçu la moindre flamme dans la soirée de l'accident. »

43. *Incendie.* — On lit dans le *Temps* (numéro du samedi 21 février 1903) :

« Un grand incendie a éclaté mercredi soir à Mulhouse,

réduisant en cendres, dans un des quartiers pauvres, sept maisons d'habitation. Cet incendie a été allumé par un jeune garçon de douze ans, ne jouissant pas pleinement de ses facultés mentales. Quatorze familles, dont la plupart n'étaient pas assurées, se trouvent sans abri. »

44. *Homicide et suicide*. — On télégraphie de Roubaix au *Temps* (numéro du vendredi 20 mars 1903) :

Un drame s'est passé, cette nuit, dans le quartier du Cul-de-Four. Au n° 50 de la rue Labruyère vivaient les époux Vandavelde-Bousseuw, avec leur famille, composée de huit enfants. Le mari était atteint de la folie de la persécution et avait tenté plusieurs fois déjà de se donner la mort. Les médecins avaient conseillé à sa femme de le faire admettre à l'hôpital ; mais elle préférait le soigner dans la maison.

Cette nuit, la fille aînée, Henriette, âgée de vingt ans, qui a un bébé de quatre mois, se leva pour donner des soins à son enfant et alla prendre une lampe dans la chambre de ses parents, mais un spectacle horrible s'offrit à ses yeux : le corps de son père et de sa mère baignaient dans un flot de sang. A ses cris, ses frères accoururent et appelèrent des voisins. La mère ne donnait plus signe de vie, mais le père respirait encore.

On ne sait au juste ce qui s'est passé, car le drame s'est déroulé sans témoins ; les deux petites filles couchant dans la même chambre que les parents, dormaient encore à l'arrivée de leur aînée. On croit que le pauvre fou s'est éveillé, et se croyant, comme toujours, poursuivi par les gendarmes, est descendu au rez-de-chaussée prendre un rasoir et un marteau, puis remontant dans sa chambre, il aura frappé à coups de marteau sa femme qui dormait, l'oreiller étant plein de sang. Celle-ci, se défendant, sera tombée entre les deux lits, où le meurtrier, s'acharnant sur elle, lui aura coupé le cou avec un rasoir. L'artère carotide est coupée.

Puis, retournant son arme contre lui-même, il s'est porté plusieurs coups de rasoir.

Le meurtrier a rendu le dernier soupir avant l'arrivée du commissaire.

45. *Tentative d'homicide*. — On lit dans le *Temps* (numéro du samedi 21 mars 1903) :

Un jardinier, nommé Claude Jacquet, au service de M. X..., propriétaire, rue La Bruyère, s'adonnait depuis quelque temps à l'étude et aux pratiques du spiritisme. Cette occupation à laquelle le brave jardinier était mal préparé, ne tarda pas à rompre l'équilibre de ses facultés mentales.

Hier, son maître entendit des cris perçants poussés par son jeune fils, âgé de cinq ans. Les cris partaient du jardin attendant à l'hôtel occupé par M. X... Il accourut et vit son enfant

qui se débattait entre les mains de Claude Jacquet. Au-dessus de leurs têtes, une corde pendait à la branche d'un arbre.

— Papa ! s'écria l'enfant, Claude veut me pendre, sauve-moi.

M. X... arracha son fils des mains du jardinier. Celui-ci d'ailleurs le laissa faire, et d'un ton calme expliqua :

— Mais, oui, je vais le pendre. A quoi bon attendre plus longtemps, puisque la fin du monde va se produire dans cinq minutes. Ce sera de la besogne toute faite.

Ceci dit, le malheureux homme s'empara d'une hache et se mit à saccager les massifs de fleurs, répétant toujours :

— A quoi bon cultiver ? C'est inutile, puisque dans cinq minutes nous serons tous morts. Préparons la besogne de Dieu.

M. X... alla prévenir M. Cornette, commissaire de police, qui envoya deux inspecteurs pour s'emparer de Claude Jacquet. L'aliéné a été conduit à l'infirmerie du Dépôt.

DEUX ÉVASIONS

Tentative d'homicide et de suicide d'un aliéné évadé. — On écrit de Rouen au *Français* (numéro du lundi 2 février 1903) :

Ces jours derniers, le nommé Dehoudencq, en traitement à l'asile d'aliénés de Quatre-Mares, avaient réussi à tromper la vigilance de ses gardiens et à s'enfuir de cet établissement.

Après avoir passé la journée chez son frère, aux environs de Clères, il s'était rendu, le lendemain mercredi, dans la commune des Authieux-Ratiéville, au domicile de sa femme, à qui il voulait faire un mauvais parti, l'accusant d'être la cause de son internement.

Dans cette intention, il s'était muni d'un couteau dont il avait lui-même affilé soigneusement la lame.

Par bonheur, l'intervention de ses enfants l'empêcha de mettre son dessein à exécution, et sa malheureuse femme comprenant le danger qui la menaçait, alla demander asile chez des voisins.

A ce moment arrivaient des gardiens de l'asile des Quatre-Mares, qui s'étaient mis à la recherche de l'évadé aussitôt que sa disparition avait été constatée. En apercevant ces derniers, Dehoudencq s'arma du couteau dont il avait voulu se servir contre sa femme et s'en porta plusieurs coups dans la poitrine, avec la plus grande violence.

Le Dr Glennie, de Clères, mandé aussitôt, a constaté que les blessures étaient heureusement sans gravité. Le pauvre fou put donc être réintégré immédiatement à l'asile, après une équipée qui avait failli se dénouer tragiquement.

Evasion mouvementée. — Le nommé X..., persécuté chronique, âgé de quarante-deux ans, placé depuis janvier 1901, à

la maison de Charenton, a cherché à s'évader dans la journée du 25 mars 1903, dans les conditions suivantes. Profitant du moment où les pensionnaires étaient réunis dans le parc de l'établissement, il parvint à se glisser dans le jardin du directeur, d'où il escalada rapidement le mur d'enceinte. Il fut aperçu par l'infirmier Gaillard, qui se mit aussitôt à sa poursuite. Tous deux arrivèrent en courant sur les bords de la Marne, près du pont de Charenton : il allait être saisi, quand il se précipita dans la rivière, assez profonde en cet endroit. *Quoique ne sachant pas nager*, l'infirmier Gaillard n'hésita pas un instant à s'y jeter après lui. Il saisit le malade, qui se débattit, le menaça de lui « faire boire un coup », et l'entraîna avec lui : tous deux avaient de l'eau jusqu'au cou et allaient infailliblement se noyer, quand un batelier vint à leur secours avec deux agents de police qui avaient été témoins du fait. V... et l'infirmier furent ramenés à la maison complètement trempés ; mais ce bain forcé n'eut heureusement aucune influence fâcheuse sur leur santé.

X..., en se jetant à la Marne, n'avait certes pas l'intention de se suicider : il avait sauté dans la rivière pour ne pas être pris par l'infirmier qui le poursuivait. Celui-ci a fait preuve d'une grande énergie et d'un courage dont on ne saurait trop le féliciter, et dont l'administration supérieure ne manquera pas de le récompenser. Certes, si l'on n'était venu au secours de nos deux héros, ils auraient péri, et l'on aurait assisté à une répétition du drame fameux du lac de Starnberg, où le professeur Gudden trouva la mort, en voulant jouer auprès du malheureux roi de Bavière, le rôle de sauveteur qui du moins a réussi à notre infirmier. — J. C.

FAITS DIVERS

Le poids du cerveau humain. — M. Marchand rend compte devant la Société saxonne des sciences de Leipzig, de ses travaux sur le poids du cerveau humain. Ces travaux, exécutés à l'Institut pathologique de Marbourg, ont porté sur 1.169 cerveaux dont 716 d'hommes et 453 de femmes, d'âges divers ; ils conduisent M. Marchand à ces conclusions : Le poids moyen du cerveau chez l'homme adulte (quinze à cinquante ans) est de 1.400 grammes ; pour la femme, il est de 1.275 grammes. De l'ensemble des adultes hommes, 84 p. 100 ont un cerveau pesant de 1.250 à 1.350 grammes ; environ 50 p. 100 ont un cerveau de 1.300 à 1.450 grammes ; environ 30 p. 100, un cerveau de plus de 1.450 grammes et 20 p. 100 seulement, un cerveau de moins de 1.300 grammes. Chez les adultes femmes, les proportions sont de 91 p. 100 pour les cerveaux de 1.100 à

1.450 grammes, de 55 p. 100 pour les cerveaux de 1.200 à 1.350 grammes, de 20 p. 100 pour les cerveaux de plus de 1.350 grammes et de 25 p. 100 pour ceux au-dessous de 1.200 grammes.

Le poids original du cerveau double à peu près dans le courant des trois premiers trimestres ; il triple avant la fin de la troisième année, puis l'accroissement se ralentit de plus en plus. Le cerveau atteint sa grosseur définitive de la dix-neuvième à la vingtième année pour les hommes, de seize à dix-huit ans pour les femmes. La diminution du poids moyen du cerveau par suite de l'atrophie sénile, survient vers quatre-vingts ans chez l'homme, soixante-dix ans chez la femme ; mais à cet égard il y a de fortes différences individuelles.

Durant l'enfance, l'augmentation du poids moyen du cerveau reste à peu près indépendante de la croissance du corps jusqu'à la taille d'environ 0^m,70 ; à partir de ce moment, elle devient irrégulière, mais toujours moins marquée pour le sexe féminin que pour le sexe masculin. La plus faible grosseur du cerveau féminin ne dépend pas de la taille plus petite de la femme, car le poids moyen du cerveau des femmes est toujours plus petit que celui du cerveau des hommes de même taille. (*Revue scientifique*, numéro du 28 mars 1903.)

Triste fin d'un épileptique.—On écrit d'Abbeville à l'*Agence Paris-Nouvelles*, le samedi 7 février 1903 :

« Le jeune Victor Deray, âgé de treize ans, jouant sur le talus qui borde la Somme, fut pris d'une attaque d'épilepsie. Il tomba dans la rivière. Après vingt minutes de recherches, on retrouva son corps, qui ne put être ranimé. »

Divorce et aliénation mentale. — On lit dans le *Temps* (numéro du dimanche 12 avril 1903) :

« M. Flagler, un des rois du pétrole, se trouve aujourd'hui dans une situation assez curieuse.

« Il a divorcé, en 1900, sous le régime des lois de la Floride, avec sa femme, M^{me} Ida Flagler, qui, atteinte d'aliénation mentale, avait dû être internée comme incurable dans une maison de santé.

« Un médecin aliéniste, le Dr Macdonald, est parvenu à guérir M^{me} Flagler qui, aujourd'hui, échange des visites avec ses voisins de New-Rochelle et paraît jouir entièrement de ses facultés mentales.

« On se demande maintenant si le divorce de M. Flagler, qui depuis, s'est remarié, peut être considéré comme valable puisque la cause qui l'a motivé n'existe plus. »

**TROISIÈME CONGRÈS NATIONAL D'ASSISTANCE PUBLIQUE
ET DE BIENFAISANCE PRIVÉE.**

Session de Bordeaux. Juin 1903.

Ce Congrès, organisé sous le patronage du Comité national, dont le Président d'honneur est M. le D^r Th. ROUSSEL, sénateur, et le Président M. CASIMIR-PÉRIER, ancien Président de la République, se tiendra à Bordeaux pendant les vacances de la *Pentecôte*, du 1^{er} au 7 juin 1903.

Une Commission locale d'organisation vient d'être créée, ayant à sa tête comme président d'honneur M. le D^r LANDE, maire de Bordeaux, et comme président M. BAYSSELLANCE, ancien maire de Bordeaux.

Les questions suivantes, qui feront l'objet de rapports imprimés et distribués par avance, seront discutées dans les assemblées générales :

PREMIÈRE QUESTION. — *Assistance méthodique; des moyens pratiques d'établir un lien permanent entre l'Assistance publique et la Bienfaisance privée.*

DEUXIÈME QUESTION. — *Assistance et éducation des enfants anormaux (arriérés, bégues, sourds-muets, aveugles, épileptiques et autres).*

TROISIÈME QUESTION. — *Instruction professionnelle et situation du personnel secondaire des hôpitaux.*

QUATRIÈME QUESTION. — *Organisation de l'assistance aux valides trop âgés pour trouver du travail.*

Les sections à leur tour discuteront plus particulièrement dans leurs séances respectives les questions suivantes :

Première Section : ENFANTS ET ADOLESCENTS. —

1^o *Patronage des nourrissons*; 2^o *Colonies de vacances*; 3^o *Ecoles de préservation pour les enfants indisciplinés ou en danger moral ou confiés par les tribunaux à l'Assistance publique en vertu de la loi de 1898. Tentatives et progrès depuis 1900.*

Deuxième Section : ADULTES VALIDES ET MALADES.

— (Assistance médicale, visite des pauvres, assistance par le travail.) 1^o *Œuvres d'assistance matérielle et morale aux militaires et marins sous les drapeaux et au moment de leur libération*; 2^o *Efficacité des secours à domicile aux familles nombreuses.*

Troisième Section : VIEILLARDS, INFIRMES ET INCURABLES. ALIÉNÉS. — 1° *Assistance aux mutilés, notamment aux victimes d'accidents du travail bénéficiaires d'une loi récente*; 2° *Patronage des aliénés convalescents et guéris.*

Des visites aux grands Etablissements hospitaliers et charitables, publics et privés, de la région, compléteront le programme de cet important Congrès.

Les adhésions et cotisations (20 francs) sont reçues dès maintenant chez M. le D^r E. Régis, secrétaire général du Congrès, 154, rue Saint-Sernin, à Bordeaux.

**TREIZIÈME CONGRÈS ANNUEL DES MÉDECINS ALIÉNISTES
ET NEUROLOGISTES.**

Session de Bruxelles. Août 1903.

Le treizième Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se réunira à Bruxelles le 1^{er} août 1903, sous la présidence d'honneur de M. le baron VAN DER BRUGGEN, ministre de l'Agriculture, et de M. A. GÉRARD, ministre de France en Belgique. Il sera présidé par M. le professeur FRANCOTTE, de Liège.

Le programme comprendra :

1° Questions mises à l'ordre du jour :

a) Pathologie mentale : *Catatonie et stupeur*. Rapporteur : M. CLAUS (d'Anvers).

b) Pathologie nerveuse : *Histologie de la paralysie générale*. Rapporteur : M. KLIPPEL (de Paris).

c) Assistance. Thérapeutique : *Traitement de l'agitation et de l'insomnie dans les maladies mentales et nerveuses*. Rapporteur : M. TRENEL (de Saint-Yon).

2° Travaux divers, démonstrations, etc.

Le programme précis du Congrès sera envoyé ultérieurement.

Prix de la cotisation : 20 francs.

Adresser, dès maintenant, les adhésions et cotisations au Secrétaire général du Congrès, M. le D^r CROCQ, avenue Palmerston, 27, Bruxelles (Belgique).

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

ANNÉE 1904

PRIX AUBANEL. — 1.000 francs. — Question : *Valeur diagnostique des symptômes oculaires aux différentes périodes de la paralysie générale, appuyée surtout sur des observations personnelles.*

PRIX ESQUIROL. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur manuscrit sur un point de pathologie mentale.

NOTA. — Les mémoires manuscrits ou imprimés devront être déposés le 31 décembre 1903, chez M. le D^r ANT. RITTI, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société médico-psychologique. Les mémoires manuscrits devront être inédits et pourront être signés; ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, contenant les noms et adresses des auteurs.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE XVII^e VOLUME DE LA HUITIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

	PAGES.
Eloge de J. Baillarger; par le Dr Magnan.	177

I. — Chronique.

Les aliénés en liberté; par le Dr Ant. Ritti	5 et 353
De la situation des médecins des asiles d'aliénés en Allemagne; par le Dr J. Christian	199

II. — Pathologie.

Etude clinique sur les troubles de la conscience dans l'état post- épileptique; par le Dr A. Pick (de Prague).	18
Suicide et folie; par le Dr Viallon (<i>suite</i>).	55, 239 et 394
Fébricitants délirants pris pour des aliénés. De la température du corps dans quelques maladies mentales; par le Dr C. Rongé. 215 et	<u>365</u>

III. — Médecine légale.

Contribution à l'étude médico-légale du délire de dépossSESSION ou de revendication; par le Dr H. Mabilley.	74
--	----

IV. — Législation.

De la protection de la fortune des malades dans les établisse- ments d'aliénés. Ce qu'elle est; ce qu'elle doit être (<i>suite et fin</i>); par le Dr Samuel Garnier.	86
---	----

V. — Revue critique.

Documents d'outre-mer. Infirmiers et infirmières; par le Dr A. Cullerre.	250
L'assistance publique des épileptiques; par le Dr Victor Parant.	414

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. — Société médico-psychologique.

PAGES

<i>Séance du 27 octobre 1902.</i> — Mort de MM. Dagonet et Rousselin : MM. Motet, Christian, Giraud. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Legrain, Comar, Médéa, Antheaume, Masoin, Pilcz, Nina-Rodrigues, del Greco, Macdonal, Cardor et Roubinovitch. — Rapport de M. Dupain sur la candidature de M. Cololian ; élection. — De la poudre minérale de Trunecek dans le traitement des aliénés artérioscléreux, par M. Marchand. — Des états mélancoliques au cours des granulies tuberculeuses, par M. Paul Bienvenu. Discussion : M. Dide. — Du traitement de la paralysie générale par des injections intra-rachidiennes de biiodure de mercure et d'iodure de potassium, par M. Marchand. Discussion : MM. Gilbert Ballet, Toulouse, Briand, Dide.	106
<i>Séance du 24 novembre 1902.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Cololian, Pron. — La conscience et le libre-arbitre. Rapport sur un ouvrage de M. Miguel Bombarda : M. Dupain. — Rapport sur l'ouvrage de M. Pilcz sur la folie post-opératoire : M. Trénel. — Du rythme psychobiologique dans l'automatisme de certains aliénés, par MM. V. Vasside et Cl. Vurpas. — Trois cas de délire par insuffisance de la fonction rénale ayant simulé le délire alcoolique, par MM. Vigouroux et Juquelier. Discussion : MM. Dupré, Vigouroux, Trénel, Dupain, Pactet, Vallon, Toulouse, Briand	261
<i>Séance du 29 décembre 1902.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. de Krafft-Ebing, Van Persijn, Marie, Vigouroux, Marchand. — Election du Bureau de 1903. — Deux observations de paralysie générale chez les hystériques, par M. P. Juquelier. — Eloge de Baillarger par M. Magnan : M. Motet.	280
<i>Séance du 26 janvier 1903.</i> — Installation du bureau : MM. Motet, Gilbert Ballet. — Correspondance et présentation d'ouvrages : M ^{me} de Krafft-Ebing, MM. Blin, Paul Masoin, Meens, del Greco, Médéa. — Mort de M. Febvre : MM. Ballet et Ritti. — Mémoires envoyés pour les prix à décerner en 1903. — Nomination des Commissions de prix. — Rapport de la Commission des finances : M. Christian. — Rapport sur des travaux du professeur del Greco : M. Semelaigne. — La topographie de la sensibilité cutanée, par MM. Jean Philippe et Léon Marillier. Discussion : MM. Ballet, Christian, Philippe. — A propos d'un cas de rêve à répétition, par M. Pron. — Paralysie générale et névrose, par M. Marie.	431

II. — Revue des journaux de médecine.

JOURNAUX FRANÇAIS (1900).

(Anal. par le Dr A. CULLERRE.)

L'odyssée d'un délinquant simulateur	462
Troubles psychiques dans la chorée dégénérative (chorée héréditaire, chorée de Huntington)	462
Conditions biologiques des familles des paralytiques généraux . .	463

	PAGES
Polyurie et pollakiurie hystériques	464
Sur l'état variqueux des dentrites locales.	464
Les objets de piété comme instruments de meurtre dans le délire religieux	464
Le phénomène de la corde musculaire dans la mélancolie.	465
Hyperesthésie corticale dans l'alcoolisme aigu.	465
Observation de chorée chronique héréditaire de Huntington; examen histologique.	466
Sur un cas d'hémorragie méningée sous-arachnoïdienne.	466
Du sens génital étudié chez les mêmes malades aux trois périodes de la paralysie générale.	467
Le traitement de l'épilepsie par la méthode de Flechsig	467
De l'alitement dans le traitement des formes aiguës des maladies mentales	468
Recherches sur le réflexe plantaire dans la paralysie générale.	468
Une maladie familiale à symptômes cérébraux et médullaires. Troubles psychiques périodiques, démence; parésie spasmodique.	468
De la localisation cérébrale des troubles hystériques. 469, 470 et	471
Des rapports de la syphilis et de la paralysie générale	470
Un cas de surdité verbale chez un paralytique général.	470
Note sur un cas de trismus mental.	471
A quel âge s'acquiert le plus souvent la syphilis, et à quel âge éclate le plus souvent la paralysie générale?	472
Sur les rapports de la cénesthésie cérébrale avec l'amnésie hystérique	472
L'amour du métal :	472
Catalepto-catatonie au cours de la fièvre typhoïde.	473
Traitement de l'épilepsie par les bromures et l'hypochloruration.	474
Du délire systématisé.	474
Du rêve et du délire qui lui fait suite dans les infections aiguës.	475
Un cas de rêve prolongé d'origine toxi-infectieuse.	476
La nostalgie et la neurasthénie.	476
Contribution à l'étude de la physiologie des émotions à propos d'un cas d'éreuthophobie	476
Les aliénés de la légion étrangère.	476
L'amnésie antérograde émotive.	477
La mesure de la pression sanguine dans l'alitement thérapeutique des maladies mentales.	477
Le sadi-fétichisme	478
De l'internement et de la libération des alcooliques délirants.	480
Un cas d'illusion visuelle, d'origine onirique chez un alcoolique.	481
De quelques phénomènes d'excitation et de dépression mentales en relation avec l'attaque d'épilepsie	481
De l'hystérie mâle de l'enfance	481
Considérations sur un cas grave de morphi-cocainomanie.	481
Sclérose en plaques ayant débuté dans l'enfance, imbécillité.	482
Étages radiculaires et métamérie spinale	482
Hydrocéphalie	482
Vie sexuelle, mariage et descendance d'un épileptique.	483
Hérédité.	483
Astasie-abasie hystérique.	484
L'épilepsie larvée.	484
Trois cas de tumeur cérébrale à forme psycho-paralytique.	484
Contribution à l'étude clinique et anatomo-pathologique de l'hémichorée organique.	485
De la soif pathologique en général et en particulier de la soif brightique.	485
Des amyotrophies diffuses consécutives aux traumatismes légers de l'extrémité des membres.	486

	PAGES
Treize observations de ramollissement ou d'hémorragie du cervelet, de la protubérance annulaire et de pédoncule cérébral, avec autopsie.	486
Etude sur la répartition géographique du goitre en France.	487
Essai sur la psychologie du phthisique	487
Deux cas d'hémiplégie urémique avec autopsie	488
Sur les troubles de la sensibilité générale consécutifs aux lésions des hémisphères cérébraux chez l'homme.	488

JOURNAUX ITALIENS (1899).

(Anal. par le Dr NICOLAU).

De la classification des états psychopathiques	126
L'instinct sexuel chez les aliénés criminels.	129
L'épilepsie psychique tardive chez les aliénés.	132
L'action physiologique du thymus et de la thyroïdine	133
Résistance à la putréfaction des cellules de l'écorce dans la série animale.	135
Un cas de fièvre hystérique.	138
Apport à la connaissance des paralysies progressives post-tabétiques.	138
Passage du courant galvanique à travers l'écorce cérébrale.	139
Un cas de méningocèle guéri par l'électricité.	134
Le travail dans les asiles d'aliénés	190
Physio-pathologie des lobes frontaux.	140
La grande curabilité des traumatismes chez les aliénés.	142

JOURNAUX AMÉRICAINS (1899)

(Anal. par le Dr V. PARANT.)

Dégénérescence et mariage	288
Définition de la folie envisagée comme maladie	288
L'imbécillité devant la loi.	288
Les variations du type de la paralysie générale.	289
La banqueroute cérébrale des hommes d'affaires	289
Art et littérature chez les aliénés	290
Emploi de la tuberculine comme agent diagnostique de la tuberculose chez les aliénés.	290
Pronostic et durée des folies aiguës.	290
Confusion mentale, aiguë avec excitation. Lésions cérébrales de la paralysie générale.	291
L'hydrothérapie dans le traitement des maladies mentales.	291 et 294
Recherches scientifiques dans les asiles d'aliénés.	292
Le syndrome complexe catatonie.	292
Accès tétaniques dans l'épilepsie.	292
Stupeur mentale intermittente.	293
Deux cas de folie syphilitique.	293
Homicide et folie.	293
Résumé d'une courte histoire des institutions canadiennes pour aliénés.	294
Les aliénés aux Antilles.	295
Quelques problèmes pour les aliénistes.	295
La folie suivant la loi et suivant la science au point de vue de la criminalité.	296
Assistance des aliénés dans des habitations fermières.	296
Les folies puerpérales.	297

	PAGES
Lésions infectieuses comme cause de folie.	297
Utilité d'une connexion intime entre les laboratoires de psychopathologie et les asiles destinés aux maladies mentales aiguës. . .	297
Traitement des malades et des aliénés en Perse.	297
Pseudo-démence paralytique urémique.	297
L'enseignement de la psychiatrie.	298
Remarques sur la contagion et l'infection mentales et héréditaires on acquises et sur les moyens d'empêcher la dégénérescence et la folie	298
Erreurs judiciaires en aliénation mentale.	299
Extrait thyroïdien. Revue des résultats obtenus dans mille trente-deux cas de folie.	299
Rapport des maladies rénales et des troubles mentaux.	300
Valeur pratique de la prophylaxie de la folie	300
Psychologie du criminel; nécessité d'une organisation meilleure du service médical des prisons.	300

JOURNAUX ANGLAIS (1899).

(Anal. par le Dr PONS.)

Considérations sur l'état mental dans l'aphasie.	143
Sept cents cas de paralysie générale des aliénés; analyse de tous les cas traités à l'asile de Clamorgan de 1867 à 1896.	146
Sur les causes de l'accroissement du suicide.	301
L'assistance des épileptiques.	489
Influence de l'ébriété maternelle sur la descendance	492

III. — Bibliographie.

Etiologie et anatomie pathologique de la folie périodique; par le Dr Alex. Pilcz (Anal. par le Dr Niconlau).	149
Rapport annuel de la maison de correction d'Elmira pour l'année finissant le 30 septembre 1900 (Anal. par le Dr A. Cullerre). . .	152
L'être subconscient; par le Dr E. Gyel (Anal. par le Dr Cullerre). .	153
L'hypnotisme et les suggestions hypnotiques; par le Dr J. Vires (Anal. par le Dr Cullerre).	154
Notes sur le traitement des maladies du système nerveux; par le Dr Graham Brown (Anal. par le Dr Cullerre).	154
Une nouvelle méthode dans l'étude du cerveau; par le Dr Wallace Wood (Anal. par le Dr Cullerre).	155
Rapports de l'incisure préovale sur la face interne de l'hémisphère; observations faites sur cent cerveaux; par le Dr Edward A. Spitzka (Anal. par le Dr Cullerre).	156
Les obsessions et les impulsions; par les Drs A. Pitres et E. Régis (Anal. par le Dr Arnaud).	306
Traité de médecine mentale à l'usage des médecins et des étudiants; par le professeur Leonardo Bianchi (Anal. par le Dr Th. Taty). .	313
L'atrophie secondaire indirecte des éléments nerveux. Recherches expérimentales avec une observation d'anophthalmie congénitale chez un chien; par le professeur E. Tanzy (Anal. par J. Soury). . .	318
Revue des thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Lyon pendant l'année scolaire 1901-1902 (Anal. par le Dr Th. Taty). .	323
Du traitement par le lit dans les maladies mentales; par le Dr Tonoli (Anal. par le Dr Niconlau).	326
Histoire parlementaire du crédit de cent mille francs destiné à combattre la pellagre; par le Dr Antonini (Anal. par le Dr Niconlau).	328

	PAGES
Des rapports de la psychologie avec la psychiatrie; par le prof. Ziehen (Anal. par le Dr Nicoulau)	494
Essai sur l'hémiplégie des vieillards. Les lacunes de désintégration cérébrale; par le Dr Jean Ferrand (Anal. par le Dr Vernet) . .	499
L'internement des aliénés criminels; par le Dr J.-G. Alombert-Goget (Anal. par le Dr Taty)	504
L'avenir de la technique manicomiale et Serafino Biffi, par le Dr G. Antonini (Anal. par le Dr Nicoulau)	506
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE	156, 329 et 508

IV. — Variétés.

Nominations et promotions : MM. Chanssinand, Truelle, Brunet, Pochon, Guillot, Pélissier. — Nécrologie : Dr Pécharman. — Concours d'adjuvat des asiles d'aliénés. — Les aliénés en liberté. — Les demi-fons. — Tribunaux. — Faits divers.	158
Nominations et promotions : MM. Rémond, Raoul, Régis, Guillot, Comar, Dnbonrdien, Lalanne (Gaston), Petrucci, Cuvellier, Deniel, Cossa, Allaman, Mercier, Marchand, Bécue, Capgras, Bonne. — Nécrologie : Febvre, de Krafft-Ebing. — Prix de l'Académie de médecine. — Martyrologe de la psychiatrie (<i>suite</i>). — Les aliénés en liberté (<i>suite</i>). — Incendie d'un asile d'aliénés de Londres. — Cocaïnomanie exotique. — Faits divers.	332
Nominations et promotions : MM. Dontreberte, Pellissier, Vigouroux, Blin. — Nécrologie : Dr Laborde. — Prix de l'Académie de médecine. — Les aliénés en liberté (<i>suite</i>). — Deux évasions. — Faits divers. — Troisième Congrès national d'assistance publique et de bienfaisance privée. Session de Bordeaux, juin 1903. — Treizième Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes. Session de Brnxelles, août 1903. — Prix de la Société médico-psychologique (1904)	509
Table des matières du tome XVI de la 8 ^e série	523

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.